

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života po operaci páteře

bakalářská práce

Autor práce: Natálie Hvězdová

Vedoucí práce: PhDr. Petra Doucková

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Natálie Hvězdová**
Studijní program: Ošetrovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Kvalita života po operaci páteře**
Cíl práce: Zjistit kvalitu života u pacientů po operaci páteře.



PhDr. Petra Doucková
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života u jedinců po operaci páteře. Práce je rozdělena na dvě hlavní části, teoretickou a praktickou. Současný stav problematiky se zabývá podstatou kvality života a popisuje degenerativní onemocnění páteře, diagnostiku, možnosti terapie, předoperační péči, péči po operaci a následná režimová opatření po operaci. Výzkumná část zahrnuje výsledky dotazníkového šetření, jehož se účastnili pacienti, kteří podstoupili operaci páteře, a na základě jejich odpovědí jsme zjistili, jaká je kvalita jejich života.

Klíčová slova

degenerativní onemocnění; bolest; kvalita života; operace páteře; WHOQOL-BREF

Abstract

The bachelor thesis deals with quality of life of individuals after spine surgery. The thesis is divided into two main parts, theoretical and practical. The current state of the problems revolves around the matters of quality of life and describes degenerative diseases of the spine, diagnostics, treatment options, preoperative care, post-operative care and subsequent regimens after surgery. The research section includes the results of a questionnaire survey involving patients who have undergone spine surgery, and based on their answers, we found out what their quality of life is.

Key words

degenerative diseases; quality of life; pain; spinal surgery; WHOQOL-BREF

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 24. dubna 2019

.....
Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní PhDr. Petře Douckové za odborné vedení bakalářské práce a poskytování rad a připomínek během sepsání této bakalářské práce. Dále mé poděkování patří respondentům, kteří vyplnili mé dotazníky, a Fakultní nemocnici Brno, která mi umožnila uskutečnit dotazníkový výzkum.

Obsah

1	Současný stav problematiky	10
1.1	Operace páteře.....	10
1.2	Degenerativní onemocnění páteře.....	10
1.2.1	Hernie disku.....	11
1.2.2	Myelopatie	12
1.2.3	Osteochondróza	12
1.2.4	Syndrom cauda equina.....	12
1.2.5	Stenóza páteřního kanálu.....	12
1.2.6	Spondylolistéza	13
1.2.7	Failed back surgery syndrom.....	13
1.3	Vyšetřovací metody	13
1.3.1	Zobrazovací metody	14
1.4	Možnosti terapie.....	15
1.4.1	Konzervativní terapie.....	15
1.4.2	Indikace operační léčby degenerativních postižení páteře.....	16
1.4.3	Předoperační péče	16
1.4.4	Operační terapie.....	17
1.4.5	Specifika operací podle jednotlivých oblastí páteře	18
1.5	Ošetrovatelská péče po operaci páteře	19
1.6	Režimová opatření po operaci páteře.....	20
1.7	Kvalita života	21
1.7.1	Domény kvality života.....	22
1.7.2	Hodnocení kvality života	22
1.7.3	WHOQOL-BREF	23
2	Výzkumná část.....	24
2.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	24

2.2	Metodika výzkumu.....	24
2.3	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného šetření.....	25
2.4	Průběh výzkumu.....	25
2.5	Zpracování získaných dat.....	25
2.6	Výsledky dotazníkového šetření	26
3	Diskuze	45
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	50
	Závěr	51
	Seznam použité literatury	53
	Seznam použitých zkratk	57
	Seznam příloh	59

Úvod

Degenerativním onemocněním páteře je postižena velká část populace. Přičemž se počet lidí s degenerativním onemocněním páteře stále zvyšuje. I v mém okolí je poměrně dost lidí, jež mají problémy s páteří, které jsou degenerativního původu. Na každém rohu slyším jak od blízkých, tak od cizích, jak je bolí záda. A nejsou to jen lidé starší, kde bychom tuto problematiku mohli očekávat, ale jsou mezi nimi i mladí lidé. Z toho důvodu jsem se začala o tuto problematiku zajímat a jako téma bakalářské práce jsem zvolila „Kvalita života po operaci páteře“. I když se bolesti zad zpočátku řeší neoperační léčbou, mnohdy to dojde do stádia, kdy je operační léčba nevyhnutelná a v souvislosti s tím jsem se zajímala o stav pacientů před operací a po operaci.

Bolesti zad patří mezi nejčastější důvody pracovní neschopnosti (Štětkářová, 2007). Příčinou toho může být nevhodný životní styl, nedostatek pohybu, obezita, nadměrná a jednostranná zátěž páteře, psychické faktory či vrozené abnormality páteře a tak dále. Degenerativní změny páteře můžeme tedy považovat spíše za důsledek působení mechanických faktorů než primární příčinu bolesti zad (Olejářová, 2014). V době, kdy začínají potíže být neúnosné, se pacienti rozhodnou navštívit odborného lékaře (Mlčoch, 2008). Kvůli zvyšujícím se problémům s páteří vzniká čím dál více specializovaných pracovišť, které se touto problematikou zabývají. Důležitou roli k odhalení degenerativního onemocnění mají moderní zobrazovací metody (Olejářová, 2014). Nejčastěji se provádějí operace v bederní oblasti, poté v krční oblasti a nejméně početnou skupinou jsou operace v hrudní oblasti (Hoch; Leffler, 2011). Moderní postupy této problematiky se čím dál více a rychleji rozvíjejí a v současné době se možnosti chirurgického léčení velmi rozšířily (Náhlovský, 2008). Ale i přesto zůstává skupina nemocných, u kterých chirurgická léčba selhává. K operační léčbě se ve většině případů přistupuje až po vyčerpání všech metod konzervativní léčby, přičemž konzervativní léčba je dlouhodobá (Hoch; Leffler, 2011). Pacienty s chronickými bolestmi zad často doprovází deprese a úzkost. Deprese, úzkost, bolesti, omezená soběstačnost z důvodu bolesti jsou stavy, které mají velký dopad na kvalitu života (Štětkářová, 2007).

Na kvalitu života můžeme nahlížet z hlediska toho, jak určitá osoba hodnotí svoji životní situaci. Hodnocení je subjektivní a vnímání kvality života souvisí i s tím, jaké hodnoty konkrétní člověk preferuje. Přičemž se domnívám, že často hodnotí kvalitu života podle své socioekonomické situace. Měli by si však uvědomit, že důležité je zejména naše

zdraví. Pokud totiž nejsme zdraví, nemůžeme plnit naše sociální role v rodině ani ve společnosti. To může vést například ke ztrátě zaměstnání i rozpadu rodiny.

Léčba pacientů je ovlivněna moderními trendy, kdy je ve větší míře kladen důraz na klienta jako osobnost, na jeho potřeby a naplňování představ a cílů. V práci jsme se zabývali touto problematikou a snažili jsme se získat údaje související s kvalitou života nemocných po operaci páteře. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsme chtěli blíže přiblížit pojem degenerativního onemocnění vedoucí k operaci páteře, příčinu jeho vzniku, projevy, léčbu a následnou léčbu po operaci. Zabývali jsme se kvalitou života a jejími možnostmi hodnocení. V praktické části jsme se věnovali zpracování údajů získaných od respondentů prostřednictvím standardizovaného dotazníku. Cílem práce bylo zjistit kvalitu života po operaci páteře.

1 Současný stav problematiky

1.1 Operace páteře

Mezi hlavní příčiny všech prováděných operací patří degenerativní změny páteře a úrazy páteře. A v této bakalářské práci se zaměříme zejména na degenerativní změny páteře, jež jsou nejčastější příčiny operací. Degenerativní změny se týkají všech struktur páteře, které vznikají na základě jednostranné pracovní zátěže, nedostatečného svalového korzetu a nadváhy. Do takových změn patří spondylóza, tj. tvorba drobných struktur výrůstku na okrajích obratle, dále chondróza, tj. ztráta výšky, pružnosti a větší vyklenutí meziobratlové ploténky, a spondylartróza, tj. vznik nervnosti ploch meziobratlových kloubů a jejich zvětšování (Lepší péče, 2018).

1.2 Degenerativní onemocnění páteře

Bolesti páteře (krční, bederní) jsou uváděny jako nejčastější onemocnění u jedinců rozvinutých zemí v produktivním věku. Často se mluví o epidemii bolesti zad (Hoch; Leffler, 2011).

Na lidské páteři v průběhu stárnutí organismu dochází k rozvoji degenerativních změn, a to je fyziologický jev. Většinou kolem 30 let věku postupně začíná degenerace jedné z krčních plotének, nejčastěji C5-C6, poté často následuje lumbosakrální přechod, v oblasti L4-L5-S1, tedy postiženy jsou nejpohyblivější segmenty, které jsou nejvíce mechanicky namáhány. Později dochází k postižení méně namáhaných míst páteře. Kolem 60 let věku má každý jedinec degenerativní změny na páteři, i přestože jsou veliké individuální rozdíly ve velikosti změn a rychlosti jejich nástupu. Ovšem ne každý člověk trpí bolestmi páteře a na základě toho můžeme tvrdit, že samotné degenerativní změny neznamenaají bolest. Přesto je to stav, který patří mezi nejčastější původní příčinu, nebo spouštěcí mechanismus pro bolesti v oblasti páteře. Bolesti páteře jsou epidemiologicky v 40% příčinou pracovní neschopnosti a v 70% příčinou invalidizace pro nemoc pohybového ústrojí. Z toho důvodu bolesti páteře patří mezi hlavní důvody největších sociálně ekonomických problémů současné situace (Dungl et al., 2014).

1.2.1 Hernie disku

Degenerativní změny (ve smyslu ztráty původní funkce) se začínají rozvíjet většinou v oblasti meziobratlové ploténky neboli disku. Meziobratlová ploténka je avaskulární a její zásobování je z cév krycích desek obratlových těl a cév při okraji anulus fibrosus. Ke změnám v cévním zásobení meziobratlové ploténky dochází již po dvacátém roku života, a to se projevuje nejdříve v nukleus pulposus. Postupně dochází ke ztrátě hydratace disku, nadále ke změnám kolagenních a elastických vláken, k dezintegraci disku a jeho snížení a poté vznikají trhliny a fragmentace ploténky (Navrátil et al., 2012).

K výhřezu neboli hernii části ploténky může dojít trhlinami v anulus fibrosus. Výhřez může utlačovat nervové struktury v kanálu páteřním, meziobratlovém foramen nebo nervový kořen až za výstupem z foramen (extraforaminálně). Kromě mechanického tlaku mají významný vliv také uvolněné cytokiny z nukleus pulposus (Navrátil et al., 2012).

„Vyklenutí disku se nazývá protruze, výhřez hmot mimo hranici anulus fibrosus je označován jako extruze.“ (Navrátil et al., 2012, str. 128) Subligamentózní extruze bývá označována, jestliže je extruze disku vůči durálnímu vaku ohraničena zadním podélným vazem. A jako volný sekvestr bývá označován sekvestr disku, který může projít defektem v podélném vazu i do epidurálního prostoru (Navrátil et al., 2012).

Útlak nervových struktur způsobuje výhřez disku do prostoru kanálu páteřního nebo foramen intervertebrale. Bolest je nejčastějším projevem, typicky tzv. bolest radikulární neboli kořenová. Radikulární bolest do horní končetiny v krční oblasti se nazývá cervikobrachiální syndrom (Navrátil et al., 2012).

V bederní oblasti se výhřez ve většině případů nachází v segmentech L4-L5 či L5-S1 (Hoch; Leffler, 2011). Výhřez způsobí ischias s vystřelováním bolesti do dolní končetiny v dermatomu postiženého kořene. Je možné rozlišit kořenovou lézi iritační a výpadovou. Kořenová léze iritační se projevuje jako radikulární bolest bez motorického nebo senzitivního deficitu. A kořenovou lézi výpadovou se rozumí motorický a senzitivní deficit postiženého kořene (Navrátil et al., 2012).

V oblasti krční páteře může výhřez disku způsobit kromě symptomů radikulárních i lézi míšní. Na krční páteři bývají nejvíce postiženy segmenty C5-C6 a C6-C7. Mírné změny se projevují bolestmi šíje, blokádami krční páteře a paravertebrálními spazmy (Navrátil et al., 2012).

1.2.2 Myelopatie

Při degenerativních změnách se pomalu vyvíjí útlak míšní (myelopatie), jenž způsobuje komplexní symptomy, které většinou nejde úplně přesně přiřadit ke známým syndromům. Zpočátku se většinou projevují poruchou chůze, kvadruhyperreflexií a později i iritačními pyramidovými jevy. Nejčastěji je v bederní oblasti postižení segmentu L5-S1 a L4-L5. Výhřezy ve vyšších etážích jsou vzácnější (Navrátil et al., 2012).

1.2.3 Osteochondróza

Osteochondróza je způsobena opotřebením plotének, kdy dochází k přetížení krycích ploch přilehlých dvou obratlů a následně dojde k reakci okrajové kosti ve formě jejího zahuštění a nadměrného zpevnění (Hakl, 2017). V krční části páteře se projevuje častěji osteochondróza s osteofyty, které utlačují míchu a nervové kořeny ve foraminech. Obtíže se projevují bolestmi v krční oblasti, vystřelováním bolesti do horních končetin a v těžším stadiu poruchami chůze (Hoch; Leffler 2011).

1.2.4 Syndrom cauda equina

V části bederní páteře je syndrom cauda equina extrémní situací při objemném výhřezu. Podle lokalizace výhřezu vzniká sedlovitá porucha cití perianongenitálně, sfinkterové poruchy a kořenová léze. Syndrom cauda equina je důvodem k urgentní operaci, tj. operační výkon by měl být proveden maximálně v řádu hodin (Navrátil et al., 2012).

1.2.5 Stenóza páteřního kanálu

Stenóza páteřního kanálu může být vrozená, kdy je vrozeně užší kanál páteřní, nebo získaná na základě pokračování degenerativních změn disku (Nýdrl, 2017). Zúžení kanálu páteřního je zapříčiněno zbytnělými fasetovými klouby, osteofyty z okrajů obratlových těl a zbytnělými vazy. Stenózy páteře můžeme dělit na centrální, tj. kdy se podílejí všechny složky a páteřní kanál je zúžen symetricky. Dále pak laterální, a to znamená zúžení laterální recesu, a foraminální, tj. zúžení foramen intervertebrale. (Navrátil et al., 2012). Symptomy jsou většinou smíšené, jsou přítomny bolesti obou dolních končetin, poruchy chůze a pseudoklaudikace (Hoch; Leffler, 2011).

1.2.6 Spondylolistéza

Spondylolistéza je stav, kdy dojde k posunutí obratlových těl vůči sobě v sagitální rovině. Posun může být stabilní či nestabilní, ve větší míře však bývá nestabilní (Hoch; Leffler, 2011). Výskyt je nejčastější v kaudálních segmentech bederní páteře. Vzácnější je však v oblasti páteře krční. Příznaky jsou velmi rozmanité, zpravidla bývá přítomna různě těžká kořenová léze. Zpočátku se tato léze objevuje pouze po námaze, tj. po delším stání nebo i sezení, z důvodu, že se posun zvýrazní, a tím dochází k útlaku nervových struktur (Navrátil et al., 2012).

1.2.7 Failed back surgery syndrom

Failed back surgery syndrom je stav, který je charakterizován přetrvávajícími bolestmi po předchozích operacích páteře (Hoch; Leffler 2011). Vyskytuje se po operacích pro degenerativní onemocnění bederní páteře. Operační řešení bývá přínosem jen pro některé pacienty, a to při recidivě výhřezu, stenóze nebo instabilitě páteře (Navrátil et al., 2012).

1.3 Vyšetřovací metody

Základem vyšetření je zjištění anamnézy pacienta. Zjišťujeme současné potíže, rychlost nástupu potíží, doprovodné okolnosti a nedávné úrazy (Navrátil et al., 2012). Také se ptáme na užívané léky a jejich dávkování. Zajímá nás kvalita spánku či případné potíže se spánkem. Důležité jsou zde i informace o pracovním prostředí, druhu práce, jestli se jedná o fyzicky náročné či sedavé zaměstnání. Dále se ptáme na alergie, především na alergie na jód, který může být součástí zobrazovacích metod. Také zjišťujeme přítomnost kovových těles v těle, což by mohlo být kontraindikací k vyšetření MRI (Seidl, 2015).

Dále provádíme klinické vyšetření, které se neliší od neurologického vyšetření. Prvně hodnotíme stav vědomí pomocí škály Glasgow coma scale, která zahrnuje hodnocení otevření očí, nejlepší slovní a motorickou odpověď. Dále je to typické neurologické vyšetření hlavy, hlavových nervů, krku, horních a dolních končetin včetně vyšetření reflexů, zánikových a pyramidových jevů a algické citlivosti. Důležité zastoupení má také oční vyšetření (Navrátil et al., 2012; Slezáková et al., 2010).

Po zjištění anamnézy a vyhodnocení neurologického vyšetření indikujeme další cílené zobrazovací metody (Navrátil et al., 2012).

1.3.1 Zobrazovací metody

Nejprve se pořizují nativní RTG snímky páteře, které jsou u degenerativních onemocnění páteře stále často považovány za základní vyšetření (Seidl, 2015). RTG snímky páteře se provádí v předozadní a boční projekci (Navrátil, 2012). Dále se pak dělají dynamické snímky páteře, které se provádějí v předklonu a záklonu, a ty nás informují o nestabilitě páteře (Scheinderová, 2014). Při šikmých snímcích lze zhodnotit stav meziobratlových otvorů tzv. foramin především při cervikobrachiálních syndromech, a tím lze nepřímo posoudit útlak příslušných nervů (Navrátil et al., 2012).

Perimyelografie a radikulosakografie jsou vyšetření, která se provádí při degenerativních onemocněních páteře a umožňují nám zobrazení spinálních vaku dura mater v oblasti míchy nebo u syndromu kaudy pomocí pozitivního kontrastu. Dnes bývají nahrazovány vyšetřením MRI (Scheinderová, 2014).

Výpočetní tomografie (CT) je vyšetření, které umožňuje topografickou lokalizaci patologie (Scheinderová, 2014). Při degenerativních změnách páteře má CT vyšetření důležité místo (Navrátil et al., 2012). Tímto vyšetřením můžeme hodnotit dynamiku. Především při urgentních stavech je velice přínosné z důvodu dostupnosti a rychlosti (Scheinderová, 2014).

Magnetická rezonance by měla být primárně indikovaná při degenerativních onemocněních páteře (Hakl, 2017). Jedná se o neinvazivní metodu nezatíženou ionizačním zářením (Kolář, 2009). Umožňuje zobrazení míchy a měkkých struktur podél páteře (Hakl, 2017). Na základě její vysoké rozlišovací schopnosti dobře diagnostikujeme degenerativní onemocnění, výhřezy disků, různé afekce měkkých tkání a svalů. Nevýhodou je ovšem časová náročnost vyšetření a nelze vyšetřovat pacienty, kteří mají zavedené elektronické přístroje nebo kovové kostní náhrady (Kolář, 2009). Vyšetření není ani vhodné pro pacienty, kteří jsou neklidní nebo trpí klaustrofóbií (Hakl, 2017).

Elektromyografie je vyšetření, které sleduje elektrickou aktivitu vznikající při činnosti svalu a také vyšetřuje vodivost nervu. Využívá se při poranění periferních nervů. (Slezáková et al., 2010; Seidl 2015).

1.4 Možnosti terapie

Terapii páteře můžeme rozdělit na terapii konzervativní a chirurgickou. Na začátku léčby je však vhodné u pacientů využít všechny možnosti konzervativní terapie a až po vyčerpání konzervativních metod brát v úvahu terapii chirurgickou (Hakl, 2017).

1.4.1 Konzervativní terapie

Konzervativní terapie neboli neoperační terapie obsahuje řadu možností. Tato léčba zahrnuje edukaci pacientů, režimová opatření a cvičení, fyzikální léčbu a farmakologickou léčbu (Hakl, 2017).

Symptomatická léčba záleží na klinických obtížích. Jestliže stavy nejsou komplikované, pouze s mírnějšími bolestmi, pak je vhodná aktivní pohybová léčba (Olejárová, 2018). Cvičení by mělo být vedeno tak, aby nevyvolávalo bolest. Důležité je, aby nemocný cvičil dlouhodobě a především i v době, kdy potíže nejsou přítomny, tím se zabrání opakování potíží (Hakl, 2013). Mezi nejvhodnější fyzické aktivity patří aktivity, které zatěžují a posilují svalstvo páteře rovnoměrně. Vhodné je cvičení jógy, pilates a kondiční cvičení pod vedením fyzioterapeuta (Olejárová, 2018). Dále sem můžeme zařadit chůzi, plavání a jízdu na kole (Hakl, 2013). Pohybový režim by se měl střídat, jestliže máte sedavé zaměstnání, je vhodné ho doplňovat dostatečně dlouhým kompenzačním cvičením (Olejárová, 2018). Vhodná je také fyzikální léčba, tou se rozumí lokální aplikace tepla nebo chladu, elektroterapie, ultrazvuk a laser (Seidl, 2015).

Edukace pacientů je velice důležitá z důvodu, že pacient by měl být poučen, jak má zabránit přetěžování páteře. Tedy měl by se vyvarovat těžké fyzické práci, neměl by nosit těžká břemena a nepřetěžovat jednostranně pohybový aparát. A především by se měl vyvarovat činnostem, které by mohly způsobit poranění páteře (Hakl, 2013).

Medikamentózní systémová léčba se zaměřuje na tlumení bolesti (Hakl, 2013). Používají se analgetika či nesteroidní antirevmatika (Olejárová, 2018). Jestliže efekt není dostatečný, pak můžeme podat slabé či silné opioidy a adjuvantní analgetika (Hakl, 2013).

Při stádiu funkční dekompenzace jsou přítomny bolestivé blokády i s neurologickými příznaky a ty pak určují plán léčby. Jestliže se jedná o akutní bolestivé syndromy bez neurologické symptomatologie, pak léčíme symptomaticky analgetiky či nesteroidními

antirevmatiky. V nějakých případech můžeme v kombinaci také provést obštrik bolestivých míst anestetikem. Stavby, které jsou spojené s neurologickou symptomatologií, je nutné řešit ve spolupráci s neurologem. U stavů jako jsou instability páteře a stenózy páteře je vhodné spolupracovat s neurochirurgem a spondylochirurgem (Olejárová, 2018).

1.4.2 Indikace operační léčby degenerativních postižení páteře

Teprve pokud dojde k vyčerpání metod konzervativní terapie či nastane zhoršení klinického stavu nemocného a odpovídá tomu grafický nález, mělo by se přistoupit k operaci (Hoch; Leffler, 2011).

K operační léčbě jsou indikovány těžké formy degenerativních postižení. Je však na místě si uvědomit, že operací neovlivníme samotný proces degenerace. Operací můžeme pouze vyřešit její následky. Nevhodně zvolený operační výkon může degenerativní proces i zhoršit. Mezi základní problémy degenerované páteře, které se řeší chirurgicky, patří komprese nervových struktur a nestabilita jednotlivých částí páteře (Hakl, 2017).

1.4.3 Předoperační péče

Operace páteře degenerativního onemocnění jsou operace velice náročné jak pro pacienta, tak i pro operátora. Taková operace patří mezi velké výkony a z toho důvodu je důležité věnovat zvýšenou pozornost předoperační přípravě. Pacient musí být před operačním zákrokem důsledně anamnesticky vyšetřen. Jestliže je indikovaná operační léčba, pak je tedy nutné projít interním vyšetřením (Hart, 2014). Interní vyšetření zahrnuje laboratorní vyšetření krevního obrazu, koagulace, krevní skupiny a základní biochemická vyšetření. Dále se vyšetřuje moč včetně kultivace, abychom vyloučili močový infekt (Hart, 2014; Seidlová et al., 2018). Podle věku a dalších onemocnění provádíme vyšetření EKG a rentgen srdce a plic. Jako další velmi potřebné je fyzikální vyšetření pacienta. Potřebujeme také zobrazovací vyšetření a vyšetření neurologem, které bývá často doplněno o vyšetření elektromyografické. Hlavním cílem předoperační přípravy je zhodnocení celkového stavu nemocného a na základě toho je vyhodnoceno perioperační riziko a navržen způsob anestezie. V souvislosti s tím je důležité ještě anesteziologické vyšetření (Seidlová, 2018).

U operací páteře často dochází k velkým krevním ztrátám. Proto je důležité již před operací zajistit hrazení těchto ztrát. Máme různé možnosti, mezi které patří alogenní transfuze, autologní transfuze, pooperační retransfuzní systémy a perioperační a pooperační autotransfuzní systémy (Hart, 2014).

Pacient je seznámen s komplikacemi a s průběhem operace, a jestliže souhlasí, podepíše následně informovaný souhlas (Lepší péče, 2018).

1.4.4 Operační terapie

Operace můžeme dělit dle několika kritérií. Zaprvé podle místa postižení páteře na operace krční, hrudní a bederní. Dále pak podle přístupu k páteři se dělí na zadní a přední operační přístupy. A operace podle typu výkonu se dělí na stabilizační a dekompresní (Lepší péče, 2018).

Mezi základní operační výkony řadíme dekomprese nervových struktur a stabilizace páteře k zajištění fúze, čímž se rozumí kostěné spojení operovaných úseků páteře. Dekomprese páteřního kanálu se mohou operačně řešit ze zadního nebo předního operačního přístupu. Jedná se o samostatné odstranění vyhřezlého meziobratlového disku a přitom i o odstranění kostního útlaku, který je způsobený spondylózou nebo spondylartrózou. (Hakl, 2017).

Operační přístup k páteři ze zadní strany můžeme provádět z podélného kožního řezu nad trny obratlů, následné odtažení svalů laterálně od trnů a oblouků a někdy i kloubů (Navrátil et al., 2012). Mezi základní operační výkony na páteři ze zadního operačního přístupu se řadí herniotomie, dekomprese, laminektomie, hemilaminektomie, foraminotomie, facetektomie, posterolaterální fúze. Při herniotomii se odstraňuje vyhřezlá část meziobratlové ploténky. Dekomprese je uvolnění páteřního kanálu, a tím odstranění útlaku měkkými tkáněmi či kostí. Při laminektomii se odstraní zadní část obratlového oblouku i přilehlých výběžků obratle s výrazným porušením stability operovaného segmentu (Hakl, 2017). Hemilaminektomií se rozumí částečné odstranění obratlového oblouku, provádí se při jednostranných stenózách (Navrátil et al., 2012). Dále foraminotomie je uvolnění nervového kořene snesením vazivových a částečně i kostěných struktur v okolí nervového kořene bez větší destabilizace páteře. Facetektomie znamená snesení vnitřní části meziobratlových kloubeků. Posterolaterální fúze znamená snesení kortikální vrstvy kosti zadních obratlových struktur, a to tedy

oblouk, trnový a transverzální výběžek, snesení meziobratlového kloubečku s odstraněním chrupavky kloubních ploch a obložení operovaného úseku páteře kostěnými štěpy. Štěpy se získávají lokálním odběrem u pacienta či od dárce z kostní banky. Můžeme však použít moderní umělé materiály, které jsou schopné povzbuzovat kostní hojení (Hakl, 2017).

Operací z předního operačního přístupu se nejčastěji odstraňuje celá meziobratlová ploténka (Hakl, 2017). Kožní řez je vedený v ohybové rýze krku, následným odtahením velkých cév laterálně a přetažením jícnu a hrtanu s průdušnicí na druhou, čímž se získá přístup k přední části krční páteře (Navrátil et al., 2012). U operací z předního přístupu se provádí fúze přilehlých obratlů kostním štepem nebo meziobratlovou klecí s možným doplněním přední stabilizace. Anebo náhrada ploténky mobilním diskem neboli umělou ploténkou (Hakl, 2017).

Výkony zadní a přední se mohou vzájemně kombinovat, aby se dosáhlo tzv. 360stupňové fúze (Hakl, 2017).

1.4.5 Specifika operací podle jednotlivých oblastí páteře

Operace v oblasti bederní páteře jsou prováděny většinou ze zadního přístupu k páteři. Operace spočívá v uvolnění durálního vaku a kořenů. Jedná-li se o výhřez ploténky, odstraní se sekvestry stlačující nervovou tkáň. Jestliže je přítomna stenóza páteřního kanálu, pak se provádí v různém rozsahu dekomprese kanálu, tedy částečná hemilaminektomie, hemilaminektomie, bilaterální laminektomie a v některých případech i ve více segmentech. Pokud se jedná o instabilitu páteře, provádí se nejvíce dekomprese nestabilního a většinou zúženého segmentu, dle potřeby repozice posunutých obratlových těl a transpedikulární fixace šrouby (Hoch; Leffler, 2011). Transpedikulární šrouby se zavádějí přes tzv. pedikl, přes spojnicí mezi obratlovým obloukem a obratlovým tělem, do samotného těla obratle. To zajistíme snesením povrchové kortikální vrstvy obratlů a obložení operovaných úseků páteře kostěnými štěpy (Hakl, 2013). Na stejném principu se operuje i failed back surgery syndrom (Hoch; Leffler, 2011).

Za posledních deset let došlo v chirurgii páteře k rozmachu tzv. minimálně invazivních technik. Mezi nejzásadnější techniky patří výhřezy disků, které se operují z centimetrových řezů endoskopickými technikami jako umělé náhrady disků neboli artroplastiky (Hoch; Leffler, 2011).

V oblasti krční páteře je více častá osteochondróza s osteofyty, která utlačuje míchu a nervové kořeny ve formaninech, než prosté výhřezy plotének. Operace v oblasti krční páteře jsou nejčastěji operovány z předního operačního přístupu. Provádí se tedy tzv. přední mikrodisektomie, kdy se do odvrtného prostoru vloží kostěný štěp či umělá náhrada a postižený segment se zpevní dlahou. V oblasti krční páteře mají artroplatisky mnohem lepší výsledky než v bederní páteři. V některých případech se může zvolit zadní přístup, tj. foraminotomie či laminiotomie. I v oblasti krční páteře se provádí minimálně invazivní výkony (Hoch; Leffler, 2011).

Nejméně operací na páteři tvoří operativa hrudní páteře. Používají se spíše přední či zadní posterolaterální přístupy, které zamezují manipulaci s míchou během operace (Hoch; Leffler, 2011).

1.5 Ošetřovatelská péče po operaci páteře

Pacient je bezprostředně po operaci převezen na jednotku intenzivní péče. Zde se sleduje celkový stav pacienta. Sledujeme základní životní funkce, tj. kontrola EKG, krevního tlaku, pulzu, dechové frekvence, tělesné teploty. Jednou z nejdůležitějších součástí monitorování je klinické hodnocení neurologického nálezu (Tomek et al., 2014). Dále sledujeme centrální žilní tlak, diurézu, bilanci tekutin a odpady z drénů. Tím se rozumí sledování stavu vědomí, hybnosti končetin a zornice. Dále kontrolujeme operační ránu (Slezáková et al., 2010). Součástí pooperační péče jsou i kontroly laboratorních hodnot (Navrátil et al., 2012). Pacientovi jsou podávány analgetika k tlumení pooperačních bolestí a zamezení nežádoucích projevů, například hypertenze (Advances in postoperative pain management, 2014). Pacientovi také podáváme léky k prevenci hluboké žilní trombózy (Lepší péče, 2018). Pacienti jsou po operaci ukládáni na záda a prvních 24-48 hodin po operaci s pacientem manipulujeme co nejméně (Navrátil et al., 2012). První den po operaci, jestliže to stav dovolí, provádíme kontrolní zobrazovací vyšetření, následující pooperační den přichází fyzioterapeut, který pacienta poučí o pohybovém režimu a za jeho asistence jsou pacienti postupně vertikalizováni. Jestliže je stav nemocného stabilizovaný, je přeložen na standardní oddělení. Po překladau na toto oddělení pokračuje pacient v rehabilitacích, nácviku vertikalizace a mobilizace a sebeobsluhy. Jestliže se neobjevují nějaké komplikace, pacienti jsou asi za týden po operaci propuštěni domů (Lepší péče, 2018).

1.6 Režimová opatření po operaci páteře

Mezi režimová opatření po operaci krční páteře patří nošení pevného krčního límce, a to většinou po dobu šesti týdnů. Je důležité vyvarovat se rotacím hlavy a předklonům, krční páteř by měla být v rovině. Také je nutné spát s límcem s hlavou od ramen nahoru, která by měla být podložena měkkým a málo naplněným polštářem. Po 14 dnech se většinou chodí na odstranění stehů. Jestliže je operační rána zahojena, je vhodné jizvu promazávat mastí a provádět tlakovou masáž. Při domácích pracích je nutné mít nasazený krční límec. Neměli by se nosit břemena těžší než sedm kilogramů. Po operaci se nedoporučuje cvičení ani sportování. Cvičení může být jedině pasivní, podle doporučení fyzioterapeuta. Taktéž není vhodné řízení automobilu. V pohlavním životě je třeba dbát na šetrné sexuální polohy. Na kontroly se doporučuje dojíždět veřejnou dopravou či jako spolujezdec (FN Motol, 2012).

Režimová opatření po operaci hrudní a bederní páteře jsou následující. Musí se chodit s pomocí berlí, po schodech by se mělo chodit v doprovodu druhé osoby. Sedět je možné až po první kontrole u lékaře, na kterou se chodí po šesti týdnech po operaci, výjimku tvoří krátké sezení na toaletě. Pacienti by měli pobývat na rovném zvýšeném lůžku, aby se jim vstávalo co nejlépe. Jestliže mají dovoleno se posadit, pak by to mělo být pouze na krátkou dobu, třeba při jídle, a sedět by měli vždy s rovnými zády. Mělo by se vyvarovat dlouhodobému sezení v autě či v křesle. Jakmile se odstraní stehy, je možné operační ránu sprchovat, promazávat mastí a také je doporučeno provádět tlakovou masáž. Jestliže to stav dovolí, mohou pacienti následně začít s procházkami venku a postupem času je prodlužovat. Během dne by pacienti měli několikrát procvičovat doporučené cviky. Jestliže by cviky vyvolávaly bolest, pak by se měly dočasně vynechat. Pacienti by se měli vyvarovat pohybům, jako jsou úklony, předklony, záklony a rotace. Tyto pohyby se můžou provádět pomalu až po třech měsících po operaci. Také je důležité se vyhýbat těžké fyzické práci, nezvedat těžké předměty a věci ze země zvedat s rovnými zády. Neměly by se dělat prudké nekoordinované pohyby, jako je chůze po nerovném terénu. Sportovat se nedoporučuje dříve než tři měsíce po operaci. Avšak po šestitýdenní kontrole se může začít s plaváním. V době rekonvalescence se doporučuje pasivní cvičení pod vedením fyzioterapeuta. Rehabilitace se však doporučuje až za tři měsíce po operaci. A poté době se může začít se sporty jako je jízda na kole. Po dobu 3 měsíců je možné provádět sexuální aktivity, ale je nutné zvolit správnou polohu, kdy je páteř odlehčena a jen pokud nezpůsobuje bolest.

Zásady cvičení jsou velmi důležité. Je nutné cvičit pomalu a cviky provádět tahem nikoli švihem. Cviky by neměly vyvolávat bolest, jestliže bolest vyvolávají, pak raději cvik vynechat. Mezi jednotlivými cviky by měly být 10vteřinové pauzy. Během cvičení je důležité pravidelné dýchání a nezadržování dechu. Každý cvik by se měl opakovat 5x a postupně počet opakování zvyšovat. Cvičit by se mělo několikrát denně (FN Motol, 2012).

1.7 Kvalita života

Pojem kvalita života byl poprvé v historii uveden ve 20. letech 20. století (Řehulková et al., 2008). Definice kvality života není přesně určena (Gurková, 2011). „*Je obtížné definovat obecnou kategorii „kvalita života“, neboť původně nebyla vědeckým pojmem. Začala se postupně používat v mnoha vědních oborech a v nich nabývá specifických odstínů.*“ (Řehulková et al., 2008, str.7) Pojem kvalita života obsahuje velkou škálu různých oblastí zkušeností člověka, a to od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosažením životních cílů a prožitím štěstí. Velmi často se definuje podle úrovně tělesné, duševní a sociální pohody či podle určitých charakteristických znaků. (Gurková, 2011). „*Kvalita života představuje kategorii, která je v současné době velmi frekventovaná, je často předmětem výzkumu či interpretačním východiskem pro řadu problémů.*“ (Řehulková et al., 2008, str. 5) Kvalita života bývá zahrnována mezi kategorie, které se v dnešní době hodně používají, a bývá i nejčastějším předmětem výzkumů. Kvalita života se používá v několika oborech, jako je například medicína, psychologie, ekonomie, sociologie a pedagogika (Řehulková et al., 2008). Kvalitu života můžeme vyjádřit kvalitativními indikátory, které vycházejí z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje. A dále pak kvantitativními neboli objektivními či měřitelnými indikátory. Velmi častým objektem hodnocení bývá individuální život. Termín kvalita života se používá na popis pozitivních a negativních znaků života (Gurková, 2011). Zkoumání kvality života rozšiřuje výzkumy zdraví, kterým je v poslední době věnována zvýšená pozornost. Podle Řehulkové (2008) je oblast zdraví jedním z hlavních pojmů v programech Světové zdravotnické organizace (WHO).

Kvalita života ve zdravotnictví má specifické označení HRQL – health-related quality of life. Kvalita života související se zdravím se řadí mezi důležitou složku lékařské a ošetrovatelské péče, je to ukazatel její kvality. Využívá se v klinických experimentech

i v klinické praxi. Údaje o kvalitě života pacientů se získávají nejčastěji pomocí dotazníků, které jsou vyplňovány samotnými pacienty (Řehulková et al., 2008).

1.7.1 Domény kvality života

Kvalita života v modelu WHO je rozdělena do šesti domén, v rámci kterých jsou vymezené příslušné indikátory. Mezi tyto domény se řadí fyzická kvalita života, tj. prožívání bolesti, subjektivní hodnocení energie a vytrvalosti, schopnosti uvolnit se, pohyblivost a pracovní způsobilost a závislost na lécích. Dále pak psychická kvalita života, tj. prožívání pozitivních a negativních emocí, sebehodnocení, vztah k vlastnímu tělu, schopnost koncentrace a schopnost učit se a spirituální prožívání. Jako další doména se řadí nezávislost, tj. různé aspekty omezení tělesné nezávislosti, odkázanost na pomůcky či léky. Dále pak sociální vztahy, tj. subjektivní hodnocení osobních vztahů, subjektivní hodnocení sexuálního života a adekvátnost sociální podpory. Následující doménou je prostředí, tj. bydlení, okolí, finanční situace a dostupnost zdravotnictví. A poslední doménou je náboženství. Zmíněné indikátory u jednotlivých domén jsou součástí nástroje na měření kvality WHOQOL-100 i jeho zkrácené verze WHOQL-BREF (Gurková, 2011).

1.7.2 Hodnocení kvality života

Kvalitu života můžeme zjišťovat podle mnoha faktorů, např. pohlaví, věk, rodinná situace, ekonomická situace, vzdělání, náboženství, polymorbidita, kulturní zázemí. Metody, které zjišťují kvalitu života pacienta v souvislosti se zdravím, jsou velmi přínosné jak pro lékaře, tak pro pacienty. Kvalitu života můžeme klasifikovat podle vědeckých a osobních přístupů, ale za nejvíce důležité se považuje osobní hodnocení pacienta, to jak sám vnímá své zdraví v rodinném, sociálním a pracovním prostředí (Payne, 2005; Vařurová et al., 2005; Řehulková et al., 2008).

Na hodnocení kvality života a na její měření můžeme používat generické nástroje a specifické nástroje. Velkou část těchto nástrojů tvoří dotazníky. Generické dotazníky neboli všeobecné jsou zaměřeny obecně na měření zdravotního stavu a celkovou kvalitu života bez ohledu na jeho onemocnění. Dále pak specifické dotazníky měří kvalitu života ve specifických populacích pacientů u vybraných onemocnění. Nástroje specifických

dotazníků obsahují specifické oblasti, které vycházejí z konkrétního onemocnění (Gurková, 2011).

Mezi nejznámější všeobecné dotazníky k hodnocení kvality života řadíme WHOQOL, SF-36 a SEIQOL. Světová zdravotnická organizace vytvořila standardizovaný dotazník, který je zaměřený na měření kvality života WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment) a poté jeho zkrácenou verzi WHOQOL-BREF (Dragomerická, Bartoňová, 2006).

1.7.3 WHOQOL-BREF

Podle Dragomerické, Bartoňové (2006) byl jako první nástroj vytvořený standardizovaný dotazník WHOQOL-100. Následovně kvůli dlouhé verzi se vytvořila kratší verze WHOQOL-BREF, která je tvořena 26 otázkami. Z toho 24 otázek je rozděleno do čtyř oblastí – fyzická, psychologická, sociální a hodnocení prostředí. Zbývající dvě otázky jsou samostatným hodnocením kvality života a celkového zdravotního stavu. Dotazník WHOQOL-BREF je dostupný v téměř 50 jazykových verzích. Tento dotazník je především určený pro respondenty k samostatnému vyplnění. Položky v dotazníku WHOQOL-BREF se hodnotí na pětistupňové Likertově škále, konkrétně na pěti škálách vyjadřujících množství (vůbec ne – maximálně), frekvenci (nikdy – neustále), kapacitu (vůbec ne – zcela) a hodnocení (velmi nespokojen – velmi spokojen či velmi špatný – velmi dobrý).

2 Výzkumná část

Praktická část se skládá z kvantitativního výzkumu, který byl prováděn formou dotazníkového šetření se zaměřením na zjištění kvality života u pacientů po operaci páteře s degenerativním onemocněním. Hlavním předmětem zájmu bylo zjistit rozdíly kvality života před operací a po operační léčbě.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Byl stanoven jeden výzkumný cíl a k tomu tři výzkumné otázky.

Cíl práce

Zjistit kvalitu života u pacientů po operaci páteře.

Výzkumné otázky

Jak se změnila intenzita bolesti u pacientů po operaci páteře?

Jak se změnilo vnímání soběstačnosti pacientů po operaci páteře?

Zda došlo u pacientů po operaci páteře ke změnám při vykonávání běžných aktivit?

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření bylo zpracováno metodou kvantitativního výzkumu. Ke sběru dat jsme využili standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který byl anonymní. Výhodou dotazníkového šetření je získání dat od větší skupiny respondentů, a tím větší množství potřebných informací. Otázky v dotazníku jsou sestavené tak, aby nám dokázaly odpovědět na cíl práce. Dotazník obsahoval celkově 19 otázek, z toho první a druhá otázka se týkaly identifikačních údajů, třetí otázka typu onemocnění. Následujících šestnáct otázek jsme využili z dotazníku WHOQOL-BREF, v nichž pacienti posuzovali svoji kvalitu života před operací a po operaci páteře. Všechny otázky jsou uzavřené, kromě otázky číslo tři, která je polouzavřená (viz Příloha 1).

K první výzkumné otázce „Jak se změnila intenzita bolesti u pacientů po operaci páteře?“ se vztahují otázky číslo 4, 5, 6, 7 z dotazníku.

Na druhou výzkumnou otázku „Jak se změnilo vnímání soběstačnosti pacientů po operaci páteře?“ odpovídají v dotazníku otázky 10, 11, 14, 18.

K třetí výzkumné otázce „ Zda došlo u pacientů po operaci páteře ke změnám při vykonávání běžných aktivit?“ se vztahují otázky z dotazníku číslo 12, 16, 17.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného šetření

Respondenty tohoto výzkumného šetření byli pacienti, kteří podstoupili operaci páteře ve Fakultní nemocnici Brno. Výzkumné šetření bylo provedeno po schválení žádosti o provedení dotazníkového výzkumu na Neurochirurgické a Ortopedické klinice ve Fakultní nemocnici Brno. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků na Neurochirurgickou kliniku a 50 dotazníků na Ortopedickou kliniku. Zpět se jich vrátilo 99, z toho 8 dotazníků bylo vyřazeno pro chybné vyplnění, pro výzkum bylo tedy celkem použito 91 dotazníků (100%). Dotazníky byly vyplněny 47 ženami (52%) a 44 muži (48%).

2.4 Průběh výzkumu

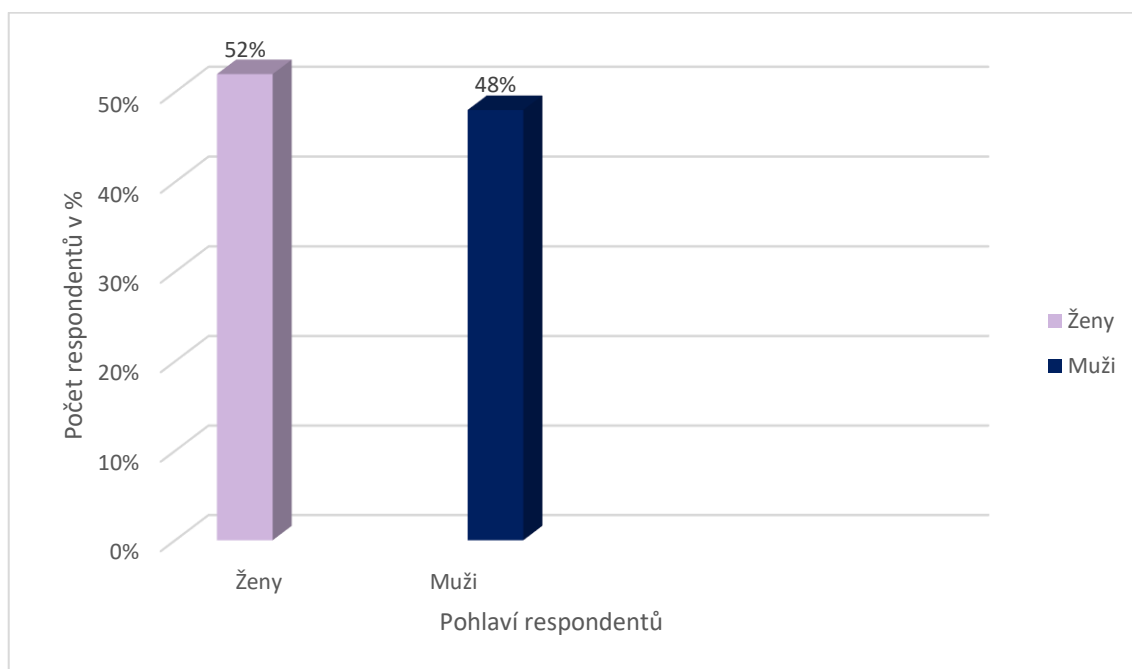
Výzkum a sběr dat probíhal na výše uvedených pracovištích po schválení žádosti o provedení dotazníkového výzkumu. Žádost byla odeslána elektronicky a byla schválena Náměstkyní pro nelékařské zdravotní pracovníky z FN Brno (viz Příloha 2). Výzkum probíhal od prosince 2018 do února 2019. Po schválení žádosti a dohodě s vrchní sestrou byly dotazníky rozdávány pacientům po operaci páteře s degenerativním onemocněním. Před samotným výzkumným šetřením jsme provedli pilotní studii, kdy jsme rozdali 6 dotazníků. Na jejím základě jsme se přesvědčili, že dotazník je pro respondenty srozumitelný a jasný. V dotazníku nebylo třeba žádných oprav. O distribuci tištěných dotazníků v nemocnici namířených k pacientům se postaraly ve spolupráci s vrchní sestrou i sestry na ambulanci. Respondenti vyplněné dotazníky vhažovali do krabice umístěné v čekárně.

2.5 Zpracování získaných dat

Pro zpracování získaných informací a vytvoření jednotlivých grafů bylo použito aplikace Microsoft Office Excel 2016 a Microsoft Office Word 2016. Pro lepší přehlednost se zpracovaly výsledky do sloupcových grafů a zaokrouhlovaly se na celá čísla.

2.6 Výsledky dotazníkového šetření

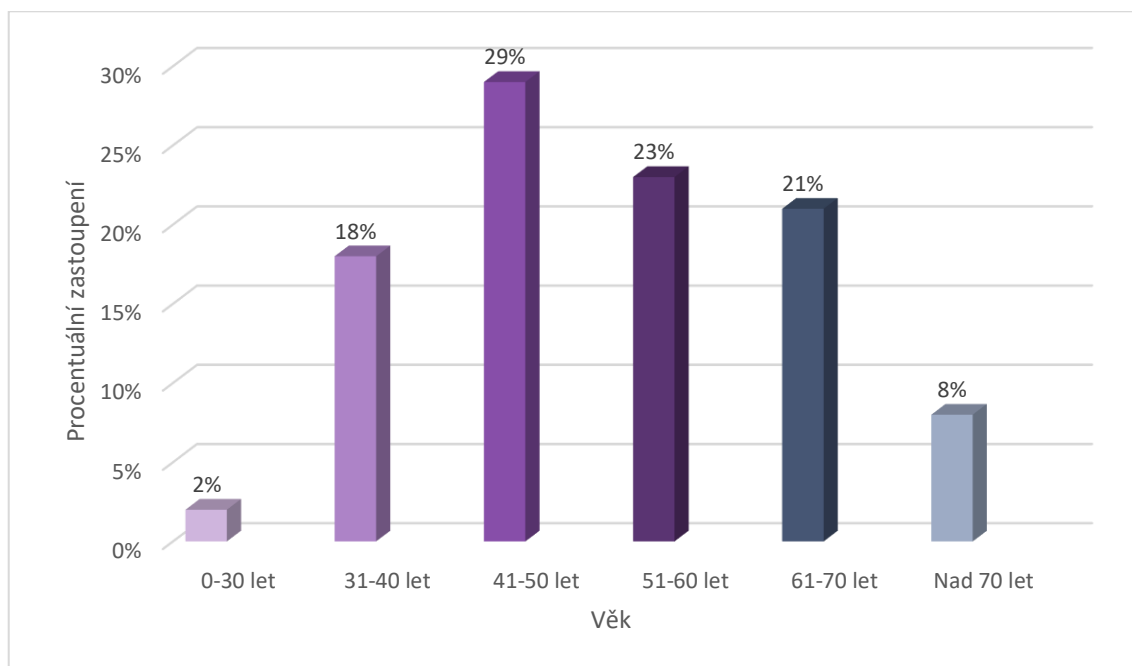
Otázka číslo 1: Jaké je vaše pohlaví?



Graf 1: Pohlaví respondentů

Graf číslo jedna zobrazuje pohlaví respondentů. Celkem na tento dotazník odpovědělo 91 (100%) dotazovaných, z toho bylo 47 (52%) žen a 44 (48%) mužů.

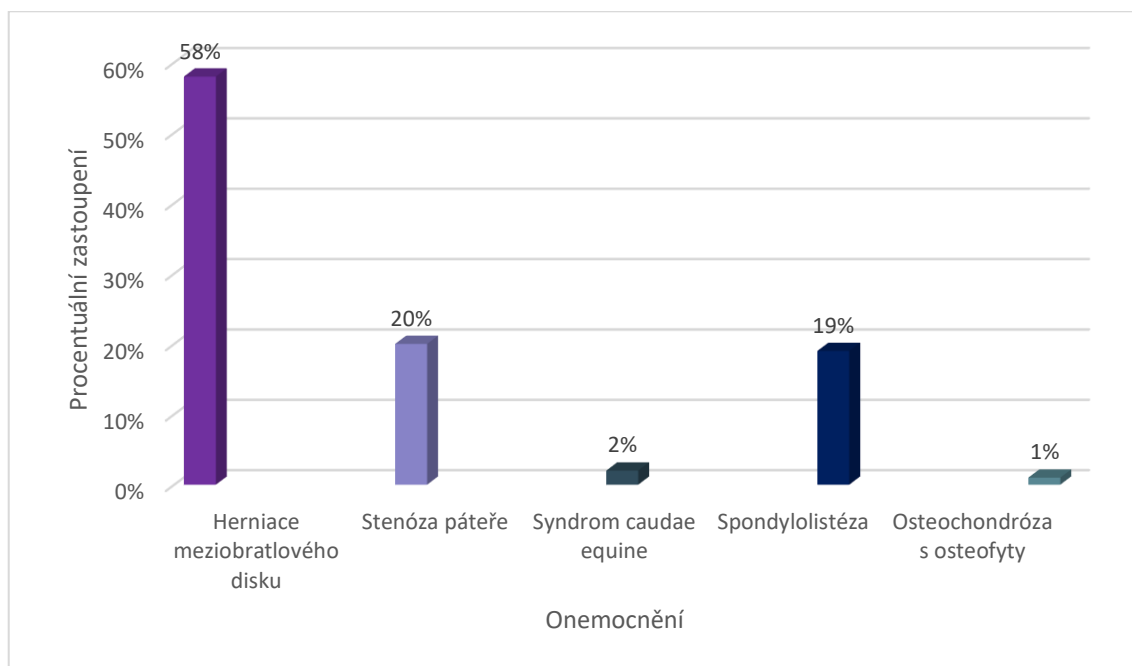
Otázka číslo 2: Kolik je Vám let?



Graf 2: Věkové složení respondentů

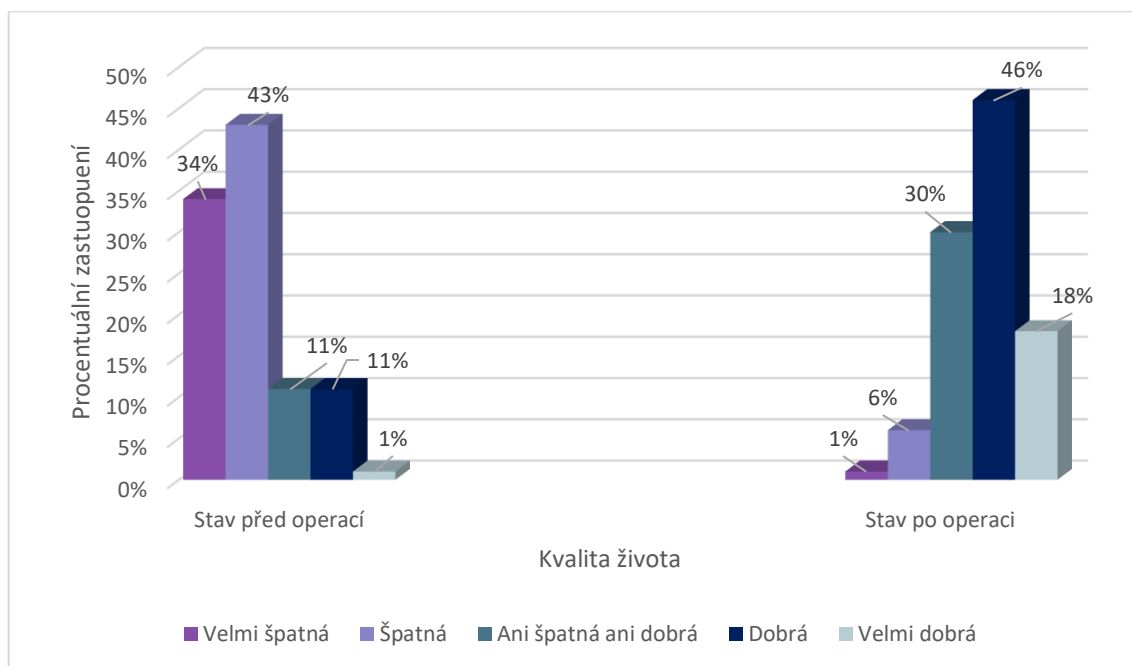
Věk dotazovaných byl rozdělen dle dotazníku do 6 skupin. Ve věku do 30 a méně let nám odpovídali pouze 2 (2%) respondenti. V rozmezí 31 až 40 let jsme měli 16 (18%) respondentů. Nejvíce dotazovaných jsme měli ve věku od 41 do 50 let, což bylo 26 (29%) respondentů. Věk 51 až 60 let byl zastoupen 21 (23%) pacienty. Od věku 61 do 70 let odpovídalo na tyto otázky 19 (21%) respondentů a v poslední kategorii věku nad 70 let jsme získali 7 (8%) dotazníků.

Otázka číslo 3: S jakým typem onemocnění páteře jste byl/a na operaci?



Graf 3: Typ onemocnění respondentů

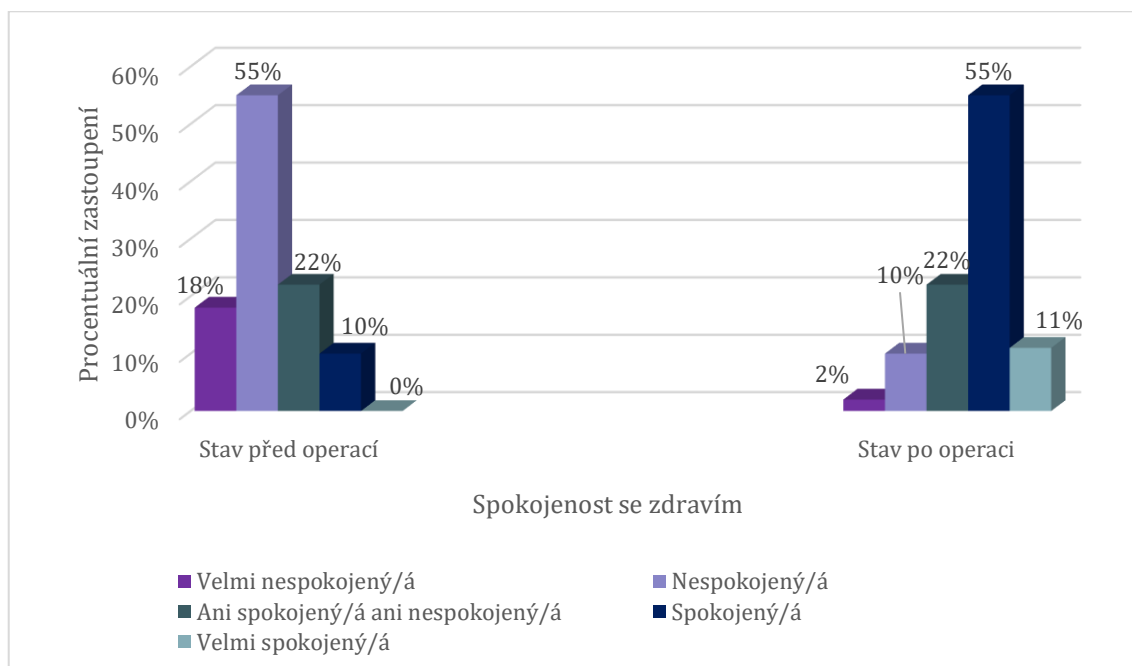
Tento graf znázorňuje, jaké onemocnění vedlo k operaci páteře. Graf nám ukazuje, že z 91 (100%) odpovídajících uvedlo nejvíce lidí operaci z důvodu herniace meziobratlového disku 53 (58%). Další početnou skupinou byla stenóza páteře, kterou uvedlo 18 (20%) respondentů. Operaci z důvodu spondylolistézy podstoupilo 17 (19%) lidí a z důvodu syndrom caudae equine uvedli 2 (2%) respondenti. A pouze 1 (1%) dotazovaný odpověděl, že musel na operaci kvůli osteochondróze s osteofyty.

Otázka číslo 4: Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?**Graf 4: Kvalita života**

Tento graf znázorňuje kvalitu života před operací a následně i po operaci páteře. Špatnou kvalitu života před operací udávalo nejvíce respondentů, a to 39 (43%). Velmi špatnou kvalitu života před operací označila také početná skupina, což bylo 31 (34%) respondentů. Odpověď ani špatná ani dobrá kvalita života uvedlo 10 (11%) respondentů. Stejně tak 10 (11%) pacientů odpovědělo, že měli dobrou kvalitu života. Pouze 1 (1%) respondent uvedl velmi dobrou kvalitu života před operací.

U stavu po operaci uvedlo velmi špatnou kvalitu života nejméně respondentů, byl jím pouze 1 pacient (1%). Špatnou kvalitu života po operaci označilo 5 respondentů (6%). Avšak u stavu po operaci stouplo označení ani špatná ani dobrá kvalita života, kterou udalo 27 respondentů (30%). Nejvíce pacientů po operaci páteře udávalo dobrou kvalitu života 42 (46%). Velmi dobrou kvalitu života po operačním řešení označilo 16 respondentů (18%).

Otázka číslo 5: Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

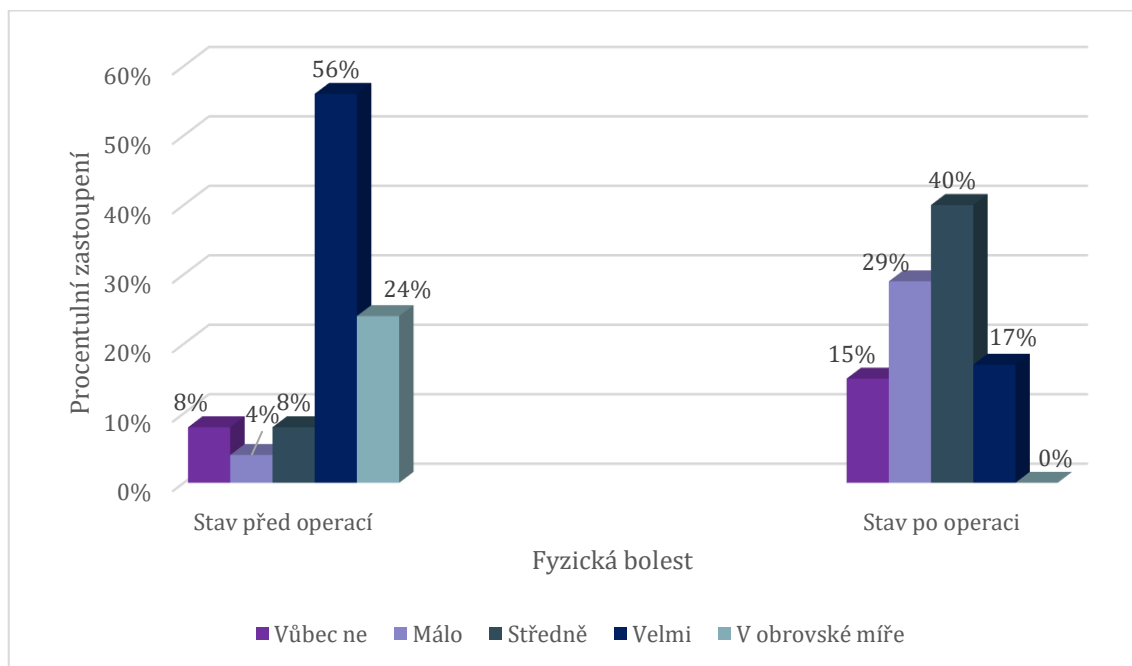


Graf 5: Spokojenost se zdravím

Tento graf znázorňuje spokojenost pacientů se zdravím před operací a po operaci. U stavu před operací odpovídalo z 91 (100%) respondentů 16 (18%), že byli velmi nespokojení. Nejvíce však udávali odpověď, že byli nespokojení, což bylo 46 lidí (55%). Dalších 20 (22%) dotazovaných odpovědělo, že nebyli ani spokojení ani nespokojení. Zbýlých 9 (10%) respondentů uvedlo, že byli spokojení se svým zdravím před operací. A možnost velmi spokojení nevedl žádný respondent (0%).

U stavu po operaci nejvíce respondentů uvedlo, že jsou spokojení se svým zdravím, a to 50 (55%). Velmi spokojení se svým zdravím je 10 (11%) respondentů. Dále 20 (22%) respondentů udalo, že nejsou ani spokojení ani nespokojení, a 9 (10%) jsou nespokojení. Pouze 2 (2%) respondenti uvedli, že jsou velmi nespokojení se svým zdravím po operaci.

Otázka číslo 6: Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat, to co potřebujete?

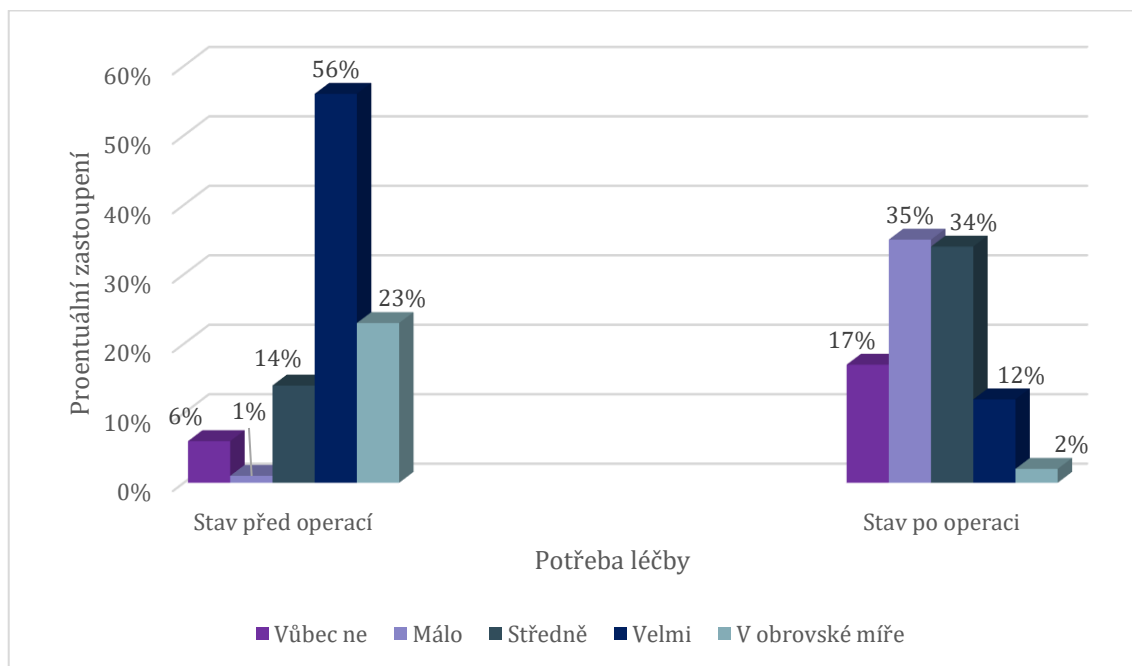


Graf 6: Fyzická bolest

Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, do jaké míry mají pocit, že jim fyzická bolest brání dělat to, co potřebují u stavu před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce pacientů uvedlo, že jim fyzická bolest před operací bránila velmi, což bylo 51 (56%). Další častou odpovědí bylo udání v obrovské míře, neboť to odpovědělo 22 (24%) respondentů. Méně z nich, 7 (8%) pacientů, uvedlo, že jim bolest bránila středně. Stejný počet pacientů, 7 (8%), uvedlo, že jim fyzická bolest vůbec nebránila a nejméně dotazovaných, 4 (4%), odpovědělo, že jim fyzická bolest bránila málo.

U stavu po operaci nejvíce respondentů odpovědělo, že jim fyzická bolest bránila středně, a to 36 (40%). Dalších 26 (29%) pacientů uvedlo, že jim fyzická bolest bránila málo. To, že jim fyzická bolest bránila velmi, udalo 15 (17%) respondentů. Zbýlých 14 (15%) pacientů uvedlo, že jim fyzická bolest vůbec nebránila. Možnost odpovědi v obrovské míře neudal žádný respondent (0%).

Otázka číslo 7: Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?

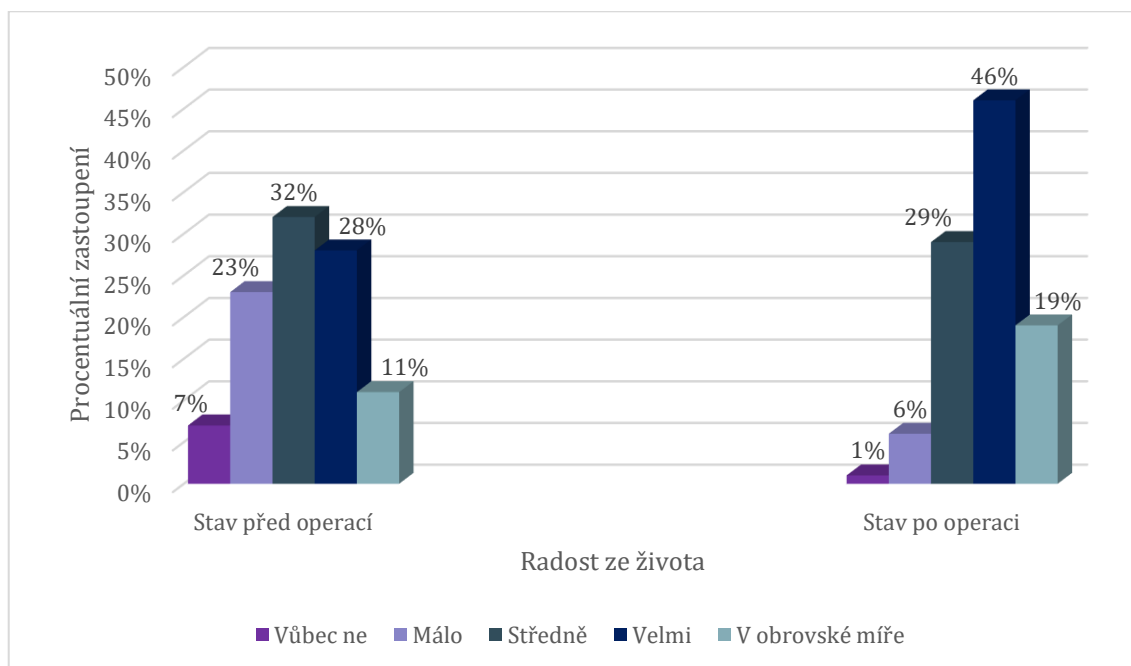


Graf 7: Potřeba léčby

Graf znázorňuje potřebu léčby k fungování v běžném životě u stavu před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů 51 (56%) udává, že potřebovalo před operací léčbu velmi. Dalších 21 (23%) pacientů uvedlo, že potřebovali léčbu v obrovské míře a 13 (14%) dotazovaných udalo, že léčbu potřebovali středně. Léčbu vůbec nepotřebovalo 5 (6%) respondentů. Nejméně dotazovaných léčbu potřebovalo málo, a to 1 (1%).

U stavu po operaci nejvíce dotazovaných odpovědělo, že léčbu potřebovali málo, což bylo 32 (35%). Dalších 31 (34%) respondentů odpovědělo, že léčbu potřebovali středně a 15 (17%) pacientů uvedlo, že léčbu nepotřebovali vůbec. Možnost odpovědi, že léčbu potřebovali velmi, uvedlo 11 (12%) respondentů. Nejméně respondentů udalo, že nějakou léčbu potřebovali v obrovské míře, což byli 2 (2%).

Otázka číslo 8: Jak moc Vás baví život?

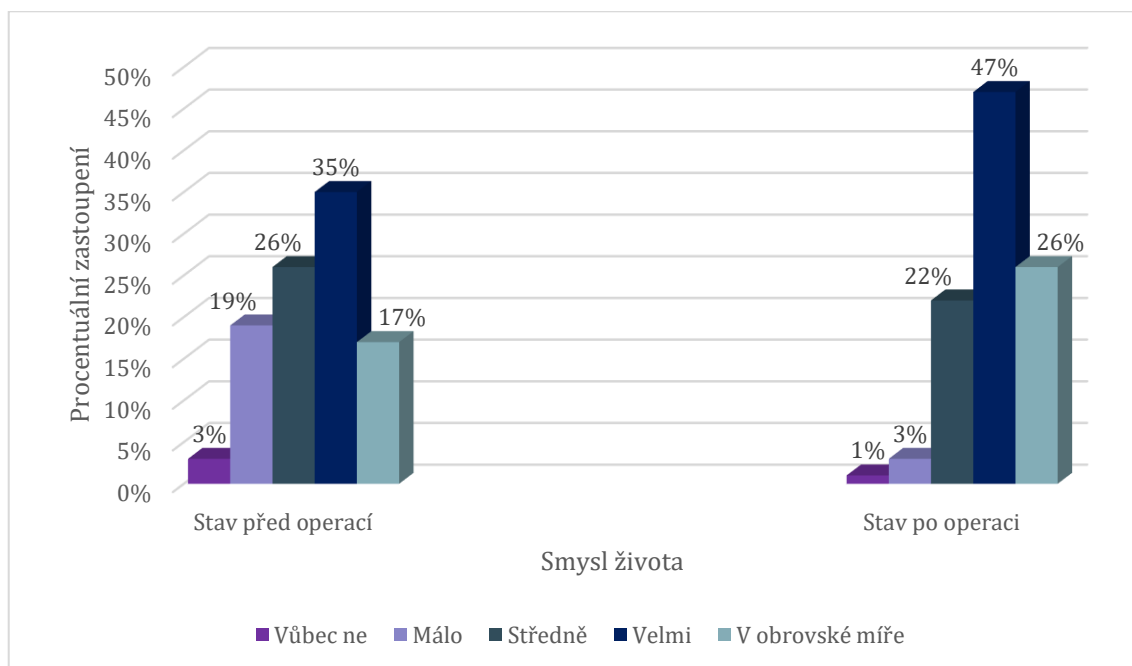


Graf 8: Radost ze života

Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jak moc vás baví život u stavu před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů uvedlo, že je život bavil středně, což bylo 29 (32 %). Další častou odpovědí bylo, že je život bavil velmi, to uvedlo 25 (28%) pacientů, a 21 (23%) dotazovaných udalo, že je život bavil málo. Méně z nich, a to 10 (11%) respondentů, odpovědělo, že je život bavil v obrovské míře. Nejméně z nich, 6 (7%) dotazovaných, uvedlo, že je život nebavil vůbec.

U stavu po operaci nejvíce respondentů uvedlo, že je život baví velmi, což bylo 42 (46%). Další častou odpovědí bylo, že je život baví středně, to uvedlo 26 (29%) pacientů, a 17 (19%) dotazovaných odpovídalo, že je život baví v obrovské míře. Pouze 5 (6%) respondentů uvedlo, že je život baví málo, a 1 (1%) respondent odpověděl, že ho život nebaví vůbec.

Otázka číslo 9: Do jaké míry má váš život, podle Vás smysl?

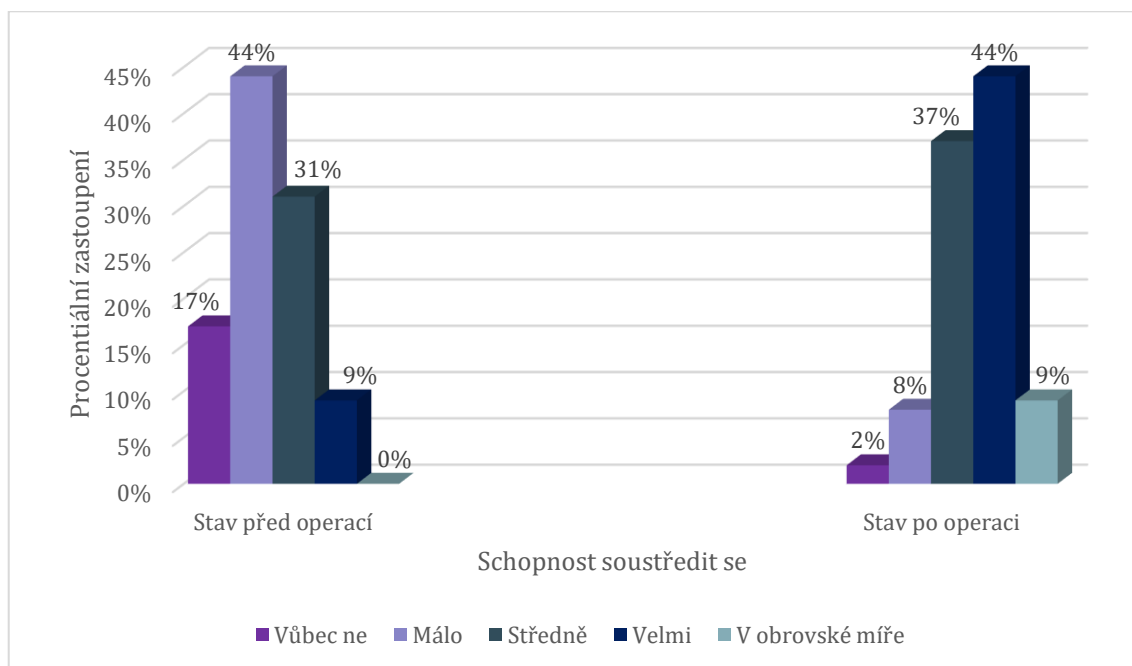


Graf 9: Smysl života

Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jež zjišťovala, do jaké míry má jejich život smysl. U stavu před operací 32 (35%) respondentů vybralo, že jejich život měl smysl velmi. Dalších 24 (26%) zvolilo odpověď středně, 17 (19%) dotazovaných uvedlo, že málo, a 15 (17%) odpovědělo, že jejich život měl smysl v obrovské míře. Nejméně dotazovaných uvedlo, že jejich život neměl vůbec smysl, což bylo 3 (3%).

U stavu po operaci nejvíce respondentů vybralo, že jejich život má smysl velmi, což bylo 43 (47%). Dalších 24 (26%) dotazovaných uvedlo, že v obrovské míře, a 20 (22%) pacientů uvedlo, že středně. Pouze 3 (3%) dotazovaní odpověděli, že málo, a 1 (1%) zvolil odpověď vůbec ne.

Otázka číslo 10: Jak dobře jste schopen/a se soustředit na běžné aktivity v životě?

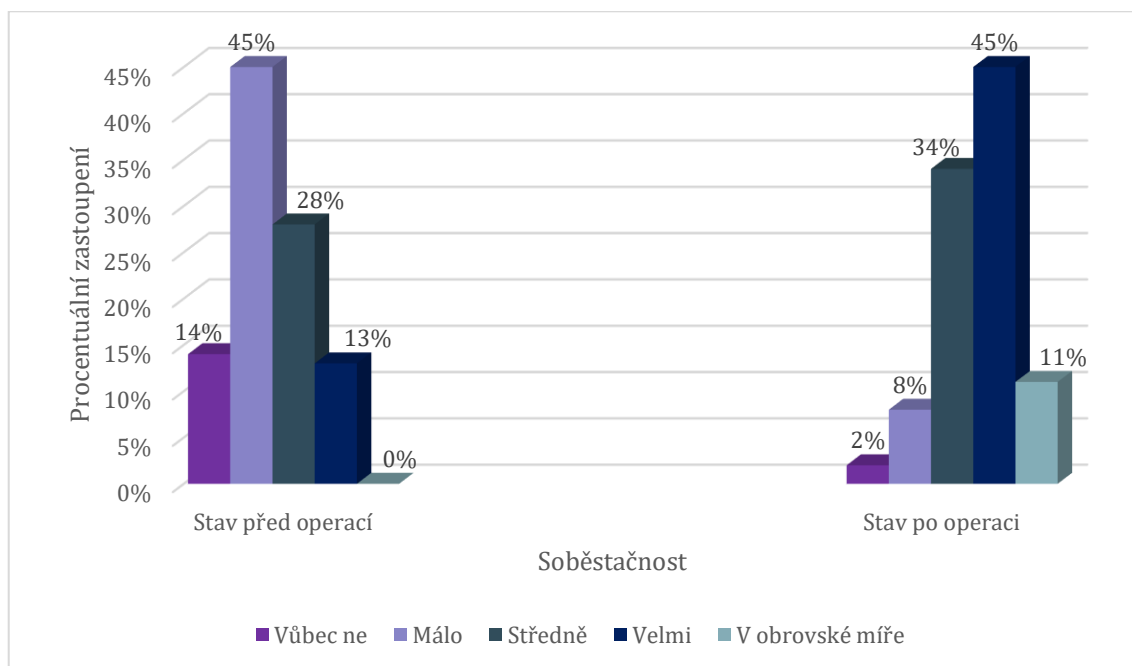


Graf 10: Schopnost soustředit se

Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jež zjišťovala, jak dobře jsou schopni soustředit se na běžné aktivity v životě u stavu před operací a po operaci. Před operací 40 (44%) respondentů vybralo, že se málo soustředili. Dalších 28 (31%) dotazovaných odpovědělo, že se soustředili středně, 15 (17%) osob uvedlo, že se vůbec nesoustředili a pouze 8 (9%) respondentů uvedlo, že se soustředili velmi. A ani jeden respondent nevolil možnost, že by se soustředil v obrovské míře.

U stavu po operaci nejvíce dotazovaných uvedlo, že jsou schopni se soustředit velmi, což bylo 40 (44%). Dalších 34 (37%) osob odpovědělo, že se dokáží soustředit středně. Jen 8 (9%) respondentů uvedlo, že se soustředí v obrovské míře, a 7 (8%) uvedlo, že se soustředí málo. Pouze 2 (2%) osoby odpověděly, že se nesoustředí vůbec.

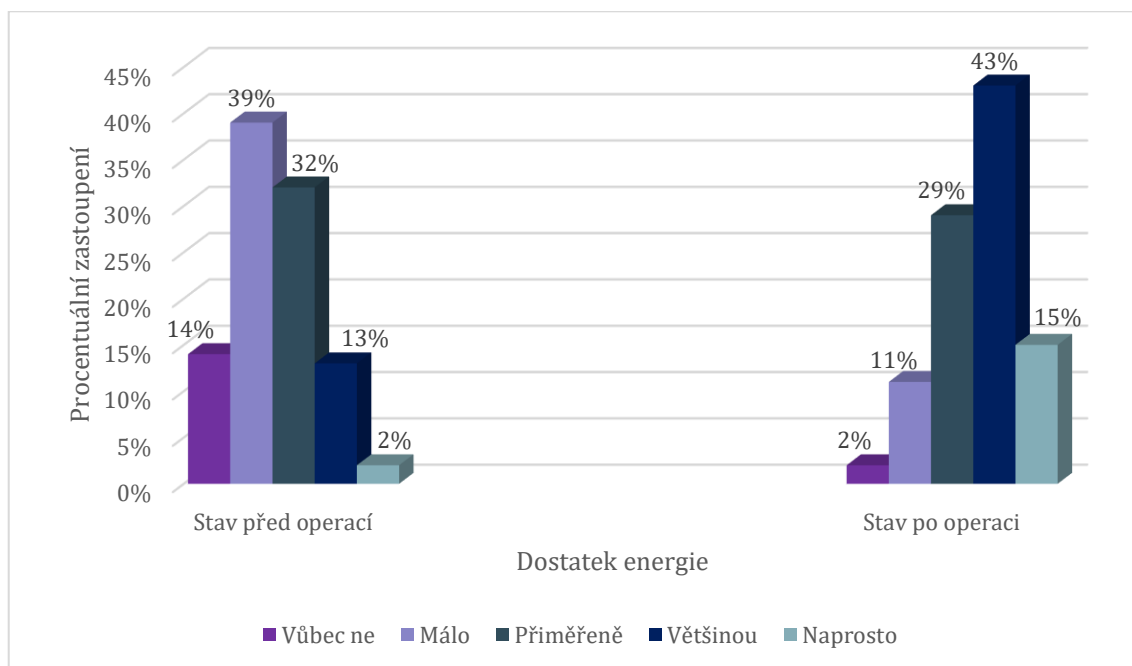
Otázka číslo 11: Jak soběstačný/á se cítíte ve svém každodenním životě?



Graf 11: Soběstačnost

Graf znázorňuje soběstačnost pacientů před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů uvedlo, že se cítili málo soběstační, a to 41 (45%). Dalších 25 (28%) dotazovaných odpovědělo, že se cítili středně soběstační, a 13 (14%) osob uvedlo, že se vůbec necítili soběstační, a 12 (13%) respondentů udalo, že se cítili velmi soběstační. A ani jeden respondent nevolil možnost, že by se cítil soběstačný v obrovské míře.

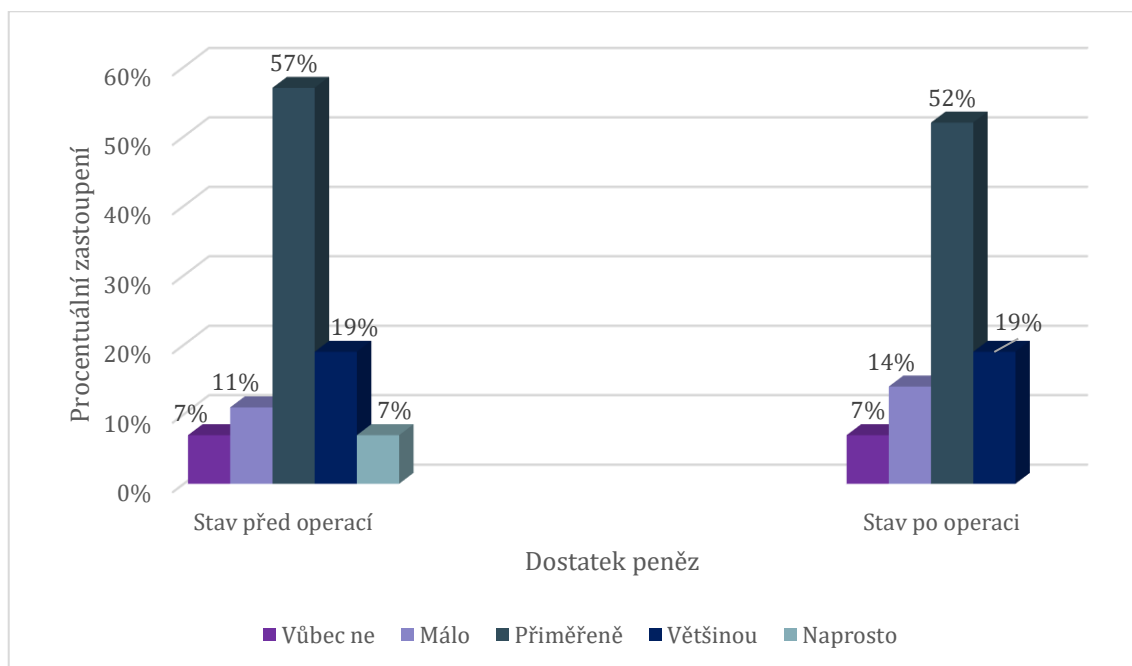
U stavu po operaci nejvíce respondentů odpovědělo, že se cítí velmi soběstační, a to 41 (45%). Dalších 31 (34%) dotazovaných uvedlo, že se cítí středně soběstační, a 10 (11%) uvedlo, že se cítí soběstační v obrovské míře. Pouze 7 (8%) dotazovaných odpovědělo, že se cítí málo soběstační, a jen 2 (2%) respondenti uvedli, že se vůbec necítí soběstační.

Otázka číslo 12: Máte dost energie pro běžný život?**Graf 12: Dostatek energie**

Tento graf znázorňuje dostatek energie u pacientů před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů odpovědělo, že měli málo energie, což bylo 35 (39%). Dalších 29 (32%) dotazovaných odpovědělo, že měli přiměřeně energie. Následujících 13 (14%) osob uvedlo, že neměli vůbec energii, a 12 (13%) respondentů udalo, že měli energii většinou. Pouze 2 (2%) respondenti vybrali možnost naprosto.

U stavu po operaci nejvíce respondentů uvedlo, že mají dost energie většinou, a to 39 (43%). Také početná skupina uvedla, že má středně energie, což bylo 26 (29%) osob. Dále 14 (15%) dotazovaných odpovědělo, že mají energii naprosto. Pouze 10 (11%) respondentů uvedlo, že mají málo energie, a 2 (2%) respondenti udali, že nemají energii vůbec.

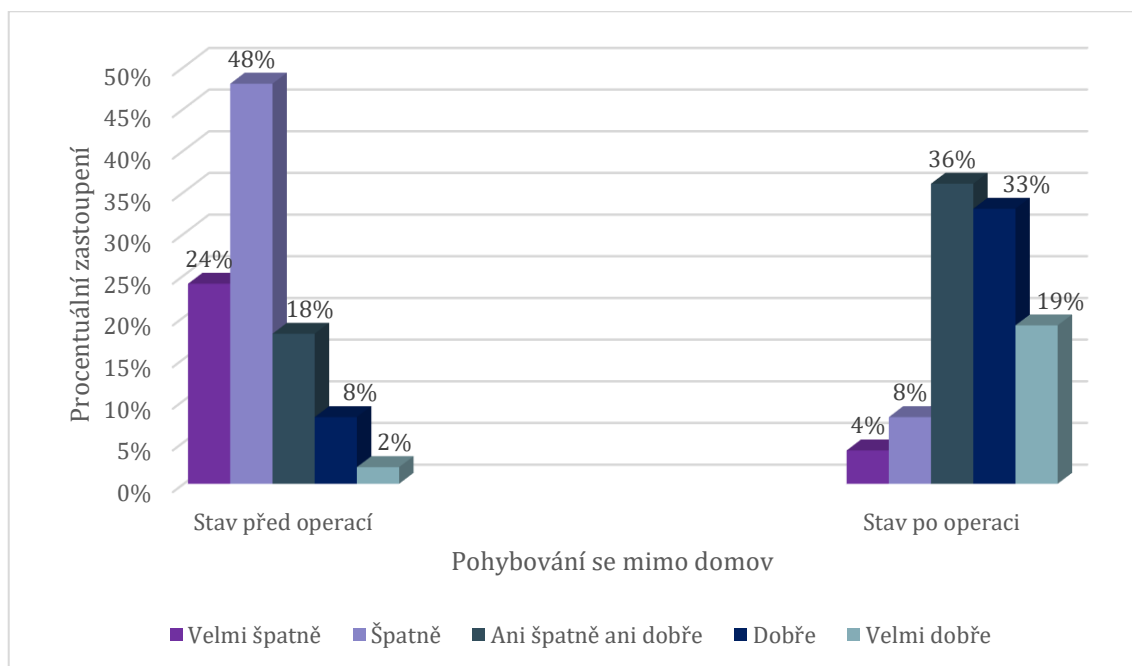
Otázka číslo 13: Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?



Graf 13: Dostatek peněz

Tento graf znázorňuje dostatek peněz u pacientů před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů odpovědělo, že měli přiměřeně peněz, což bylo 52 (57%). Dalších 17 (19%) dotazovaných odpovědělo, že většinou, a 10 (11%) osob uvedlo, že málo. Méně početná skupina dotazovaných, 6 (7%), odpověděla, že vůbec ne, a stejně početná skupina, 6 (7%) respondentů, uvedla, že naprosto.

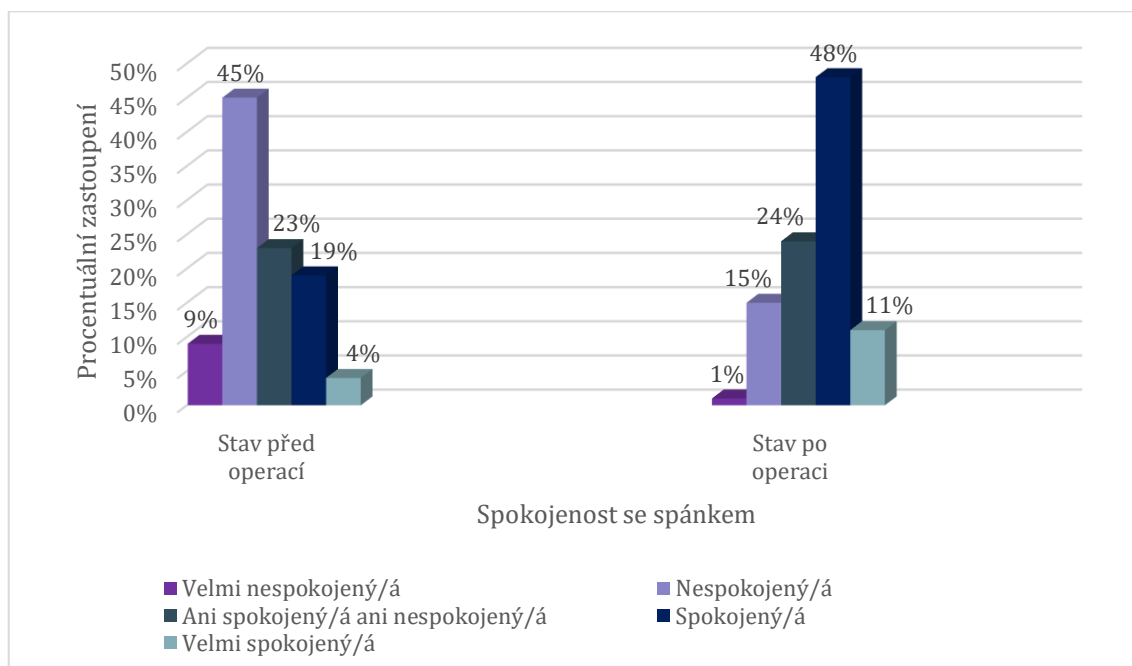
U stavu po operaci nejvíce respondentů odpovědělo, že mají středně peněz, což bylo 47 (52%). Dalších 17 (19%) dotazovaných uvedlo, že většinou, a 13 (14%) uvedlo, že málo. Nejméně osob odpovědělo, že vůbec ne, a to pouze 6 (7%).

Otázka číslo 14: Jak velké potíže Vám dělá se pohybovat mimo domov?**Graf 14: Pohybování se mimo domov**

Tento graf znázorňuje odpovědi, které se týkaly potíží se pohybovat mimo domov před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce dotazovaných uvedlo, že se špatně pohybovali mimo domov, což bylo 44 (48%). Dalších 22 (24%) respondentů uvedlo, že se pohybovali mimo domov velmi špatně. Možnost ani špatně ani dobře vybralo 22 (24%) respondentů a 7 (8%) odpovědělo, že se pohybovali dobře. Nejméně osob uvedlo, že se mimo domov pohybovali velmi dobře, což byli 2 (2%) respondenti.

U stavu po operaci nejvíce respondentů uvedlo, že se pohybují ani špatně ani dobře, a to 33 (36%). Další početná skupina odpověděla, že se pohybují dobře, a to 30 (33%) osob. Následujících 17 (19%) dotazovaných uvedlo, že se mimo domov pohybují velmi dobře, 7 (8%) respondentů odpovědělo, že se mimo domov pohybují špatně, a 4 (4%) osoby se mimo domov pohybují velmi špatně.

Otázka číslo 15: Jak spokojený/á jste se svým spánkem?

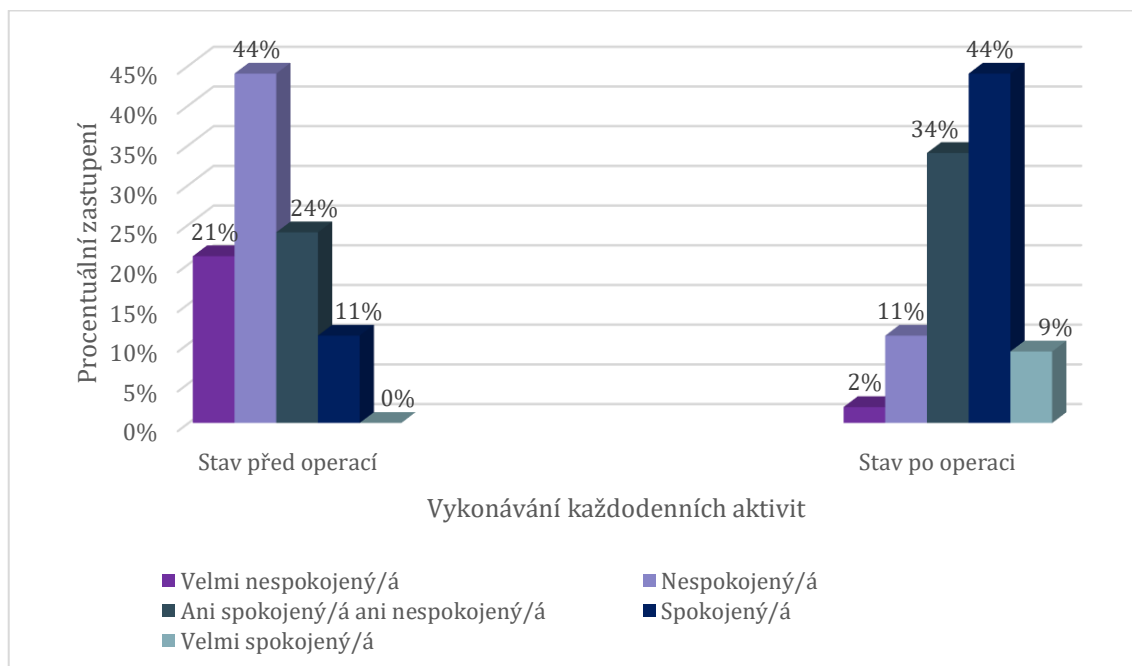


Graf 15: Spokojenost se spánkem

Graf znázorňuje spokojenost se svým spánkem před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů odpovědělo, že byli spokojeni málo, což bylo 41 (45%). Ani spokojení ani nespokojení odpovědělo 21 (23%) dotazovaných. Dalších 17 (19%) respondentů uvedlo, že byli spokojení, a nejméně osob uvedlo, že byli velmi spokojení, což bylo 4 (4%).

U stavu po operaci nejvíce respondentů odpovědělo, že jsou spokojení se svým spánkem, a to 44 (48%). Dalších 22 (24%) dotazovaných uvedlo, že nejsou ani spokojeni ani nespokojeni, 14 (15%) osob uvedlo, že jsou spokojeni, a 10 (11%) respondentů vybralo možnost, že jsou velmi spokojení se svým spánkem. Pouze 1 (1%) respondent uvedl, že je velmi nespokojený se svým spánkem.

Otázka číslo 16: Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?

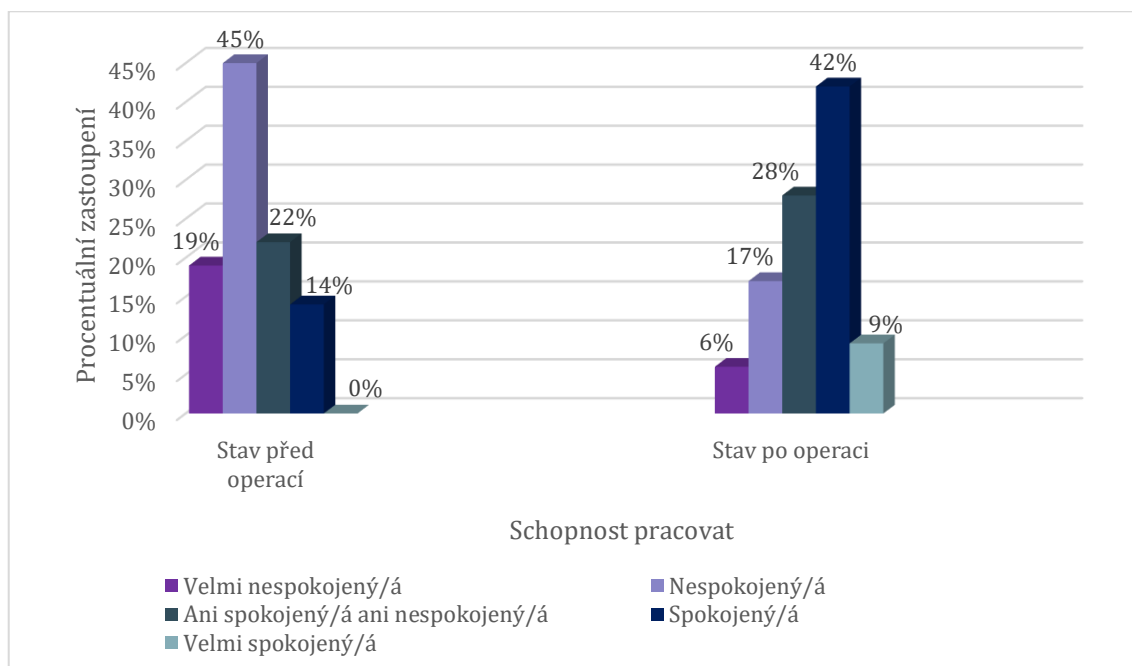


Graf 16: Vykonávání každodenních aktivit

Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jak spokojení jsou s tím, jak jsou schopni vykonávat každodenní aktivity před operací a po operaci. Nejvíce respondentů odpovědělo, že byli málo spokojeni s vykonáváním každodenních aktivit, a to 40 (44%). Možnost ani spokojení ani nespokojení zvolilo 22 (24%) dotazovaných a 19 (21%) uvedlo, že nebyli vůbec spokojení. Méně z nich, což bylo 10 (11%) odpovědělo, že byli spokojení. Ani jeden respondent neuvedl, že byl velmi spokojený.

Naopak u stavu po operaci nejvíce respondentů uvedlo, že jsou spokojeni s vykonáváním každodenních aktivit, což bylo 40 (44%). Dalších 31 (34%) dotazovaných odpovědělo, že nejsou ani spokojení ani nespokojeni, a 10 (11%) osob uvedlo, že jsou nespokojeni. Pouze 2 (2%) respondenti odpověděli, že jsou velmi nespokojeni s vykonáváním každodenních aktivit po operaci.

Otázka číslo 17: Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?

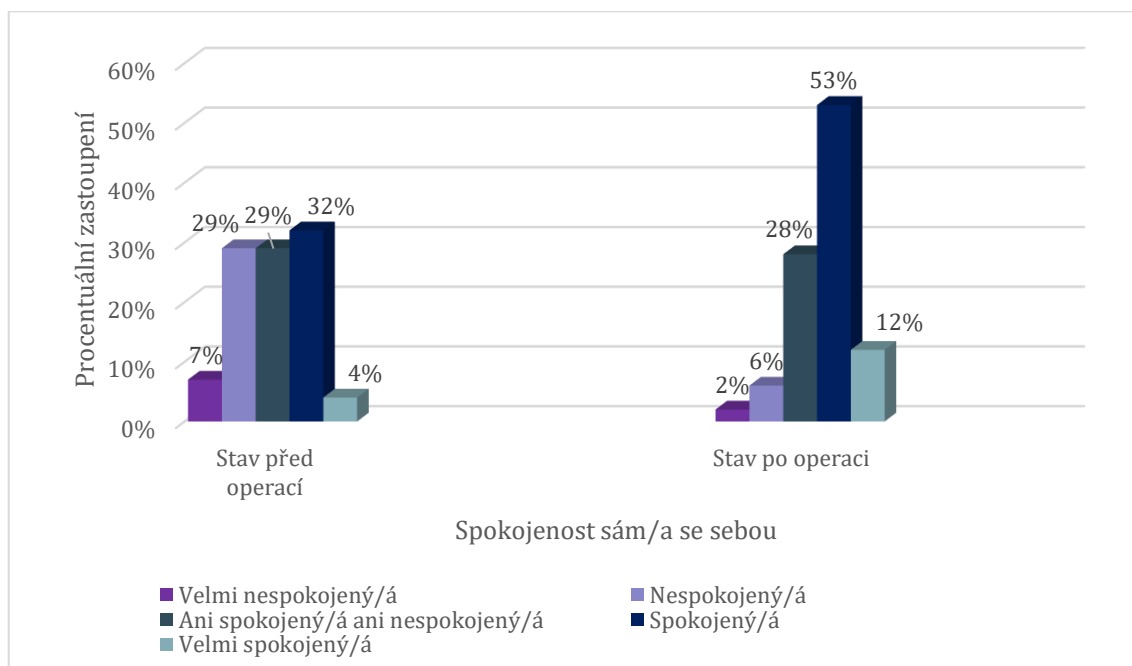


Graf 17: Schopnost pracovat

Graf znázorňuje spokojenost pacientů se svou schopností pracovat před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů odpovědělo, že byli nespokojení, což bylo 41 (45%). Odpověď ani spokojení ani nespokojení uvedlo 20 (22%) osob. Dalších 17 (19%) dotazovaných uvedlo, že byli velmi nespokojení, a 13 (14%) respondentů udalo, že byli spokojeni. Žádný respondent neuvěděl, že by byl velmi spokojený se svou schopností pracovat před operací.

Avšak u stavu po operaci nejvíce dotazovaných uvedlo, že jsou spokojeni se svou schopností pracovat, což bylo 38 (42%). Dalších 25 (28%) respondentů uvedlo, že nejsou ani spokojení ani nespokojení, a 15 (17%) osob udalo, že jsou nespokojení. Pouze 8 (9%) dotazovaných uvedlo, že jsou velmi spokojeni. Zbýlých 5 (6%) respondentů odpovědělo, že jsou velmi nespokojení se svou schopností pracovat po operaci.

Otázka číslo 18: Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?

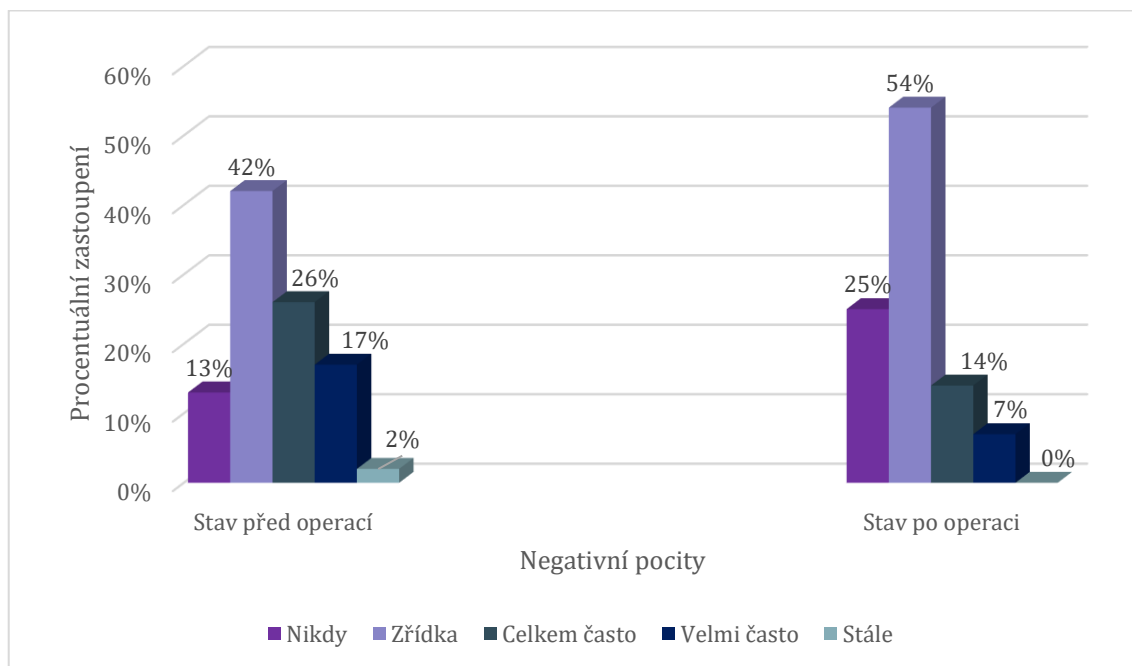


Graf 18: Spokojenost sám/a se sebou

Tento graf znázorňuje spokojenost respondentů sám se sebou před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů udalo, že byli spokojeni sami se sebou, a to 29 (32%). Dalších 26 (29%) dotazovaných uvedlo, že nebyli ani spokojeni ani nespokojeni, a stejný počet dotazovaných odpověděl, že byli nespokojeni sami se sebou, a to tedy 26 (29%). Pouze 6 (7%) osob uvedlo, že byli velmi nespokojeni, a 4 (4%) respondenti uvedli, že byli velmi spokojeni.

U stavu po operaci nejvíce respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni sami se sebou, což bylo 48 (53%). Dalších 25 (28%) dotazovaných uvedlo, že nejsou ani spokojeni ani nespokojeni. Méně z nich, 11 (12%) pacientů, uvedlo, že jsou velmi spokojeni, a 5 (6%) dotazovaných udalo, že nejsou spokojeni. Nejméně respondentů, 2 (2%), uvedlo, že jsou velmi nespokojeni.

Otázka číslo 19: Jak často máte negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?



Graf 19: Negativní pocity

Tento graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jak často máte negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese u stavu před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů uvedlo, že zřídka, což bylo 38 (42%). Dalších 24 (26%) dotazovaných odpovědělo, že celkem často, 15 (17%) uvedlo, že velmi často, a 12 (13%) respondentů vybralo možnost nikdy. Nejméně respondentů, 2 (2%), odpovědělo, že měli negativní pocity u stavu před operací stále.

U stavu po operaci také nejvíce početná skupina označila možnost zřídka, což bylo 49 (54%). Dalších 23 (25%) dotazovaných uvedlo, že nikdy, a 13 (14%) osob odpovědělo, že celkem často. Zbýlých 6 (7%) respondentů uvedlo, že velmi často. Žádný respondent nevedl možnost, že by měl stále negativní pocity u stavu po operaci.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života lidí po operaci páteře. K uvedenému cíli se vztahují tři výzkumné otázky, jež zkoumají, jak operace páteře ovlivňuje kvalitu života a rozdíly před operací a po operaci. V následující části se nachází vyhodnocení jednotlivých výzkumných otázek získaných z dotazníkového šetření.

V první části dotazníku byly zkoumány údaje vztahující se k identifikaci pacientů. V souvislosti s tím bylo zjištěno, že se dotazníkového šetření zúčastnilo 91 (100%) respondentů, z toho 47 (52%) žen a 44 (48%) mužů. Výzkum je tedy z pohledu pohlaví vyrovnaný. Z hlediska věkového složení odpovídalo nejvíce lidí ve věku 41 až 50 let, a to 27 (29%). Dále pak ve věku 51 až 60 let, což bylo 21 (23%). Podle Olejárové (2014) se degenerativní změny na páteři mohou objevovat u mladší i střední populace a se stoupajícím věkem se jejich výskyt zvyšuje. Čermáková (2014) uvádí největší počet respondentů (44%) ve věkové kategorii 60 let a více. Našeho výzkumu se zúčastnilo ve věku 61 až 70 let pouze 19 (21%) respondentů. Náš výzkum potvrdil, že se problémy s páteří zhoršují a začínají se vyskytovat v dřívějším věku.

V našem výzkumném šetření nejvíce respondentů 53 (58%) podstoupilo operaci páteře z důvodu herniace meziobratlového disku. Taková odpověď nás nepřekvapila, protože nejvíce informací z odborných zdrojů a předchozích výzkumů jsou právě o herniaci meziobratlových plotének. Hoch, Leffler (2011) udávají, že herniace meziobratlového disku se řadí mezi nejčastější patologické nálezy. Druhou nejčastější odpovědí bylo u 18 (20%) respondentů podstoupení operace z důvodu stenózy páteře. Méně z nich, 17 (19%), podstoupilo operaci z důvodu spondylolistézy. Pouze 2 (2%) respondenti byli na operaci z důvodu syndromu cauda equine a jen 1% z důvodu osteochondrózy s osteofyty.

První výzkumná otázka zněla: „Jak se změnila intenzita bolesti u pacientů po operaci páteře?“

K ověření této výzkumné otázky jsme stanovili v dotazníku otázky číslo 4, 5, 6 a 7. Z vyhodnocených otázek týkajících se kvality života je patrné, že většina respondentů hodnotí své zdraví po operaci spíše kladně. Tato skutečnost je podepřena vyhodnocením otázky číslo 4 a srovnáním stavu před operací a po operaci. Před operací nejvíce respondentů 39 (43%) odpovědělo, že měli špatnou kvalitu, a 31 (34%) respondentů mělo velmi špatnou kvalitu. S porovnáním jejich odpovědí týkající se kvality života po operaci

můžeme vidět, že došlo k výraznému zlepšení. Nejvíce respondentů 42 (46%) odpovědělo, že mají dobrou kvalitu života, a 16 (18%) pacientů uvedlo, že má velmi dobrou kvalitu života po operaci. S tím se shodujeme i s Bayerovou (2008), která udává, že 50% mužů a 80% žen jsou spokojeni se svojí kvalitou života po operaci bederní páteře. Shodujeme se i se studií v Číně, Zhang (2016) uvádí zlepšení kvality života po operaci. Dále se shodujeme i se studií Farzanegan et. al. (2011), kde výsledky také ukazují zlepšení kvality života po operaci.

Otázka 5 se týkala spokojenosti se zdravím před operací a po operaci. V našem výzkumu nejvíce respondentů 46 (55%) odpovědělo, že byli nespokojeni před operací, a 9 (10%) byli spokojeni. Naopak u stavu po operaci nejvíce respondentů 50 (55%) odpovědělo, že jsou spokojeni se svým zdravím. Dalších 10 (11%) jsou velmi spokojeni a 9 (10%) jsou nespokojeni. Tyto naše výsledky se shodují s výzkumem od Čermákové (2014), která udává, že 65% respondentů se po operaci páteře cítí lépe.

Otázka 6 byla zaměřena na to, jak fyzická bolest brání dělat pacientům to, co potřebují, před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů 51 (56%) odpovědělo, že jim fyzická bolest bránila velmi. Dalších 22 (24%) respondentům bránila v obrovské míře a 7 (8%) nebránila vůbec. V porovnání u stavu po operaci nejvíce respondentů, 36 (40%), odpovědělo, že jim fyzická bolest bránila středně, a 26 (29%) bránila málo. V celkovém vyhodnocení se fyzická bolest po operaci u většiny respondentů zlepšila. Tyto výsledky korespondují s výzkumem od Čermákové (2014), která udává, že po operaci došlo u respondentů ke snížení bolesti. Toto tvrzení uvádí ve své studii také Crandall (2017).

Otázka 7 se týkala potřeby léčby k fungování v běžném životě před operací a po operaci. U stavu před operací se nejčastěji objevila odpověď, že respondenti potřebovali léčbu velmi, to uvedlo 51 (56%) dotázaných. Dalších 21 (23%) respondentů odpovědělo, že v obrovské míře, a 5 (6%) léčbu nepotřebovalo vůbec. Určitě stojí za zmínku, že před operací páteře potřeboval léčbu málo pouze 1 (1%) respondent. Naopak u stavu po operaci nejvíce respondentů, 32 (35%), odpovědělo, že léčbu potřebují málo. Druhá nejčastější odpověď respondentů byla, že středně 31 (34%), a 15 (17%) uvedlo, že vůbec. I tyto výsledky mohou poukazovat na snížení intenzity bolesti po operaci páteře. Přičemž 11 (12%) respondentů odpovědělo, že potřebují léčbu velmi, a 2 (2%) v obrovské míře.

Podobně také Náhlovský (2008) uvádí, že i když se možnosti chirurgické léčby rozšířily, stále zůstává skupina nemocných, u nichž opakovaná chirurgická léčba nepomáhá.

Druhá výzkumná otázka zněla: „Jak se změnilo vnímání soběstačnosti pacientů po operaci páteře?“

K ověření této výzkumné otázky jsme stanovili v dotazníku otázky číslo 10, 11, 14 a 18. Otázka 10 se týkala schopnosti soustředění se na běžné aktivity v životě před operací a po operaci. Před operací nejvíce respondentů, 40 (44%), odpovědělo, že se málo soustředilo. Stejně početná skupina, 40 (44%) dotázaných, odpověděla, že jsou po operaci schopni se soustředit velmi. Velmi se před operací soustředilo pouze 8 (9%) respondentů. Přičemž po operaci uvádí 7 (8%) respondentů, že se soustředí málo, a 2 (2%) se nesoustředí vůbec. Opět můžeme vidět, že u některých pacientů nedošlo ke zlepšení, i když jen u minima.

Otázka 11 se týkala soběstačnosti respondentů v každodenním životě u stavu před operací a po operaci. Respondenti nejvíce udávali, že se před operací cítili málo soběstační, což bylo 41 (45%). Část respondentů, 25 (28%), tohoto výzkumu se cítila středně soběstačná a pouze 13 (14%) osob se vůbec necítili soběstační. Avšak 12 (13%) respondentů se cítilo před operací velmi soběstační. Určitě stojí za zmínku, že žádný respondent se necítil soběstačný v obrovské míře. Naopak po operaci nejvíce respondentů, 41 (45%), uvedlo, že se cítí velmi soběstační. Další početnou skupinou bylo 31 (34%) respondentů, kteří se cítí středně soběstační, a 10 (11%) se cítí soběstační v obrovské míře. Méně z nich, 7 (8%) respondentů uvádí, že se cítí málo soběstační, a jen 2 (2%) se necítí vůbec soběstační. Odpovědi znázorňují u většiny respondentů zlepšení soběstačnosti v každodenním životě po operaci. S tím se shodujeme s výzkumem od Čermákové (2014), která udává také zlepšení soběstačnosti po operaci, a to u 41%. Také Němec (2010) udává, že po operaci bederní páteře došlo ke zlepšení sebeobsluhy u 39% respondentů.

Otázka 14 byla zaměřena na potíže s pohybováním mimo domov před operací a po operaci. Před operací nejvíce respondentů, 44 (48%), uvádělo, že se špatně pohybovali, a 22 (24%) pacientů uvedlo, že se pohybovali velmi špatně. Stejný počet, tedy 22 (24%) osob, odpověděl, že se pohybovali ani dobře ani špatně. Pouze 7 (8%) respondentů uvedlo, že se pohybovali dobře, a jen 2 (2%) velmi dobře. Naopak u stavu po operaci nejvíce respondentů, 33 (36%), odpovědělo, že se pohybují ani špatně ani dobře. Dalších 33 (36%) pacientů odpovědělo, že se pohybují dobře, a 17 (19%) se pohybují velmi dobře.

Zbýlých 7 (8%) respondentů uvedlo, že se pohybují špatně, a 4% se pohybují velmi špatně. Takové výsledky nás překvapily, protože bychom očekávali spíše výrazné zlepšení s pohybováním se mimo domov.

Otázka 18 se týká spokojenosti sami se sebou u stavu před operací a po operaci. U stavu před operací nejvíce respondentů, 29 (32%), odpovědělo, že byli spokojeni sami se sebou, 26 (29%) respondentů uvedlo, že nebyli ani spokojeni ani nespokojeni. Stejný počet, 26 (29%) respondentů uvedlo, že byli nespokojeni. Méně z nich, 6 (7%) osob, uvedlo, že byli velmi nespokojeni, a pouze 4 (4%) odpověděli, že byli velmi spokojeni. Takové výsledky nás překvapily, protože jsme očekávali větší rozdíly v nespokojenosti a spokojenosti. I Štětkařová (2007) uvádí, že chronické a opakující se bolesti zad mohou mít za příčinu deprese a úzkost, což má podle mého názoru velký dopad na osobu, vnímání sebe sama a spokojenosti. U stavu po operaci nejvíce respondentů 48 (53%) také uvádí, že jsou spokojeni sami se sebou. Druhou častou odpovědí bylo, že nejsou ani spokojeni ani nespokojeni, což je 25 (28%). Dalších 11 (12%) uvádí, že jsou velmi spokojeni. Méně z nich, 5 (6%) pacientů, uvádí, že jsou nespokojeni, a 2 (2%) odpověděli, že jsou velmi nespokojeni.

Třetí výzkumná otázka zněla: „Zda došlo u pacientů po operaci páteře ke změnám při vykonávání běžných aktivit?“

K ověření této výzkumné otázky jsme stanovili v dotazníku otázky číslo 12, 16 a 17. Otázka 12 se týkala dostatku energie pro běžný život před operací a po operaci. Před operací nejvíce respondentů, 35 (39%), odpovědělo, že měli málo energie. Naopak po operaci nejvíce respondentů, 39 (43%), uvádí, že mají energii většinou. Druhou nejvíce početnou skupinou před operací bylo 29 (32%) respondentů, kteří uvedli, že měli přiměřeně energie. Dalších 13 (14%) nemělo energii vůbec. Naopak po operaci 29% respondentů odpovědělo, že mají středně energii, a 14 (15%) naprosto. Ovšem stojí za zmínku i to, že 10 (11%) pacientů po operaci má málo energie a 2 (2%) nemají vůbec energii.

Otázka číslo 16 se týkala spokojenosti s vykonáváním každodenních aktivit před operací a po operaci. Výsledkem tohoto výzkumu bylo, že nejvíce lidí čili 40 (44%) byli před operací málo spokojeni s vykonáváním každodenních aktivit. Při porovnání s výsledky po operaci bylo zjištěno, že stejný počet, 40 (44%) respondentů udává, že jsou spokojeni s vykonáváním každodenních aktivit.

Otázka 17 se zabývala spokojeností se schopností respondentů pracovat před operací a po operaci. Před operací nejvíce respondentů, 41 (45%), odpovědělo, že byli nespokojeni. Méně dotazovaných, 20 (22%) pacientů uvedlo, že byli ani nespokojeni ani spokojeni, a 17 (19%) osob uvedlo, že byli velmi nespokojeni. Podobně také Štětkářová (2007) udává, že bolesti zad patří mezi nejčastější důvody pracovní neschopnosti. Zbýlých 13 (14%) respondentů uvedlo, že byli spokojeni, a žádný respondent neuvedl, že by byl velmi spokojený před operací. Naopak po operaci nejvíce respondentů, 38 (42%), odpovědělo, že jsou spokojeni se svou schopností pracovat. Dalších 25 (28%) osob uvedlo, že nejsou ani spokojení ani nespokojení, a méně z nich, 15 (17%) respondentů uvedlo, že jsou nespokojeni. Zbýlých 5 (6%) respondentů odpovědělo, že jsou velmi nespokojeni po operaci. I když náš výzkum ukazuje zlepšení schopnosti pracovat, někteří respondenti uvádí, že jsou nespokojeni. Což můžeme dát do souvislosti s tím, že musí dodržovat lehčí režim, šetřit páteř a více dbát o svoje zdraví.

Domnívám se, že z našeho průzkumného šetření je patrné, že se kvalita života po operaci páteře zlepšila. Většina respondentů hodnotí kvalitu života po operaci lépe než před operací, také udávají, že fyzická bolest se zmírnila a zlepšila se i soběstačnost respondentů.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Degenerativní onemocnění páteře je v mnoha případech opomíjeno. Změny na páteři se často přikládají k procesu stárnutí, což je samozřejmě pravdou. Na vzniku degenerativních změn na páteři se podílí vlivy vnější i vnitřní. Z našeho výzkumného šetření se potvrdily už mnohé teorie, že i když operace páteře degenerativních změn je ve větší míře úspěšná, tak bohužel stále u některých pacientů je neúspěšná i opakovaná chirurgická léčba. Z toho důvodu bychom měli během svého života o naši páteř důkladně pečovat. Díky získaným poznatkům můžeme tedy navrhnout několik rad, kterými bychom mohli přispět ke zlepšení aktuální situace. Naši páteř bychom měli šetřit, co nejvíce to jde, a pečovat o ni po celý život. Prevencí je zejména správné držení těla a správný pohyb, což by nás mělo provázet nejlépe od narození po celý život. Domníváme se, že ve školách by se mělo více dbát na pohyb a zařadit do tělesné výchovy cvičení pro děti a mládež, tzv. cvičení pro zdravá záda. Jak děti, tak i dospělí by se měli motivovat více ke sportu. V dospělosti je to pak na každém z nás, jestli se chce hýbat či ne. Avšak každý by si měl uvědomit, že i když se teď cítíme dobře, za pár let už nemusíme. Všude se opakuje stále dokola, jak je pohyb důležitý, ale řekla bych, že jen tak půlka lidí si z toho něco vezme k srdci. Čím dál více slýchávám od lidí, že je bolí záda. Bolesti zad patří mezi nejčastější příčinu bolestí, které sužují dnešního člověka. Je to vyvoláno většinou přetížením, náročnou či stereotypní fyzickou zátěží, vadným držením těla a nevhodnými pohybovými stereotypy. Cvičení na zdravá záda bývá právě zaměřeno na zlepšení pružnosti a síly svalů, rovnováhu, koordinaci pohybu a k úpravě vadného držení těla. Vhodných sportů, které prospívají celkově našemu tělu i páteři, je hned několik. Patří sem zejména plavání, jóga, pilates, jízda na kole, kondiční cvičení pod vedením fyzioterapeuta, ale i třeba protahování se během dne. Také je velmi vhodná a často opomíjená prostá chůze, na kterou bychom si čas mohli najít častěji. Domnívám se, že v tomto směru je důležité edukovat a motivovat veřejnost, ať už vlastními slovy či tvorbou edukačních materiálů. Edukace by měla být zaměřena na dostatek pohybové aktivity, správné držení těla, správné zvedání břemene, psychickou pohodu, ale také na adekvátní životosprávu, jelikož obezita má také negativní vliv na zatěžování pohybového aparátu.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života jedince před operací a po operaci páteře a přitom seznámit čtenáře se základy dané problematiky. Degenerativní onemocnění páteře je onemocnění, které má negativní vliv na život jedince z důvodu fyzické bolesti, zhoršené soběstačnosti při vykonávání běžných denních aktivit, psychických i pracovních problémů.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, přičemž první část je věnována současnému stavu problematiky, jež byla vypracovávána z odborných zdrojů o dané problematice. Poskytuje informace obecně o degenerativním onemocnění, které jsou hlavní příčinou operací páteře, o jejím klinickém obrazu, možnostech terapie, ošetrovatelské péči před operací a po operaci, také o režimových opatřeních, které je nutné po operaci páteře dodržovat, a v neposlední řadě o kvalitě života nemocných.

Druhou částí bakalářské práce je výzkumná část prezentující analýzu a výsledky výzkumu, jenž byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Bylo zpracováno celkem 91 (100%) dotazníků. Soubor tvořilo 47 (52%) žen a 44 (48%) mužů. V této části práce je dále popsána metodika průzkumu, charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí. Nachází se zde také popsání průběhu výzkumu a způsob zpracování získaných dat z dotazníkového šetření. Výsledky dotazníkového šetření jsou vyobrazeny graficky, vyhodnoceno bylo celkem 19 otázek. V závěru výzkumné části je diskuze, kde byly pomocí získaných dotazníků okomentovány a vyhodnoceny tři výzkumné otázky, jež se týkaly obecně kvality života pacientů po operaci páteře.

Hlavním cílem bylo „Zjistit kvalitu života u pacientů po operaci páteře“. Ke zjištění cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky, na které bylo vyhodnocením dotazníků odpovězeno.

První výzkumná otázka zněla: „Jak se změnila intenzita bolesti u pacientů po operaci páteře?“

Ve výzkumné otázce číslo 1 se potvrdilo, že intenzita bolesti u pacientů po operaci páteře se zlepšila, i když zcela nevymizela.

Druhá výzkumná otázka zněla: „Jak se změnilo vnímání soběstačnosti pacientů po operaci páteře?“

Výzkumná otázka číslo 2 ukazuje, že vnímání soběstačnosti pacientů se po operaci zlepšilo, pacienti uvádějí, že se cítí soběstačnější a více se soustředí na běžné aktivity v životě.

Třetí výzkumná otázka zněla: „Zda došlo u pacientů po operaci páteře ke změnám při vykonávání běžných aktivit?“

Otázka číslo 3 potvrdila, že u pacientů po operaci páteře došlo ke změnám při vykonávání běžných aktivit. Pacienti uvádějí, že mají více energie pro běžný život, jsou zde kladné změny i při vykonávání každodenních aktivit a spokojenosti pracovat.

Z analýzy dat získaných dotazníky vyplynulo, že operace páteře ovlivňuje jak psychické zdraví, tak i fyzické. Zhodnocení výzkumné části mělo jak pozitivní, tak negativní výsledky. Jedincům nebyla po operaci navrácena původní kvalita života, ale ve srovnání s kvalitou života před operací došlo po operaci ke zlepšení jak ve fyzické bolesti, tak při soběstačnosti pacientů i v jejich schopnosti pracovat. Výzkumné šetření také potvrdilo mnohé informace, že i když dochází k výraznému zlepšení kvality života po operaci, bohužel u některých jedinců i opakovaná léčba selhává. Je tedy žádoucí problémům s páteří předcházet, aby k operacím páteře docházelo jen v nejnnutnějších případech. Při prevenci onemocnění páteře a následně i při léčbě pomáhá dodržování správného životního stylu, pravidelný pohyb a vhodné cvičení. Z výsledků tedy vyplývá, že cíl práce byl splněn.

Za hlavní přínos práce považujeme, že přispěje k lepší informovanosti lidem, kteří trpí degenerativním onemocněním, zdravotnickým pracovníkům a společnosti, jež mají zájem o vědomosti z této oblasti, která je v dnešní době velmi aktuální. Záměrem bylo, aby po přečtení práce byli zdravotníci schopni podávat lidem dostatek informací o onemocnění a potřebě pečovat o zdravá záda.

Seznam použité literatury

Advances in postoperative pain management. 2014. [online]. London, England: Future Medicine Ltd, [cit. 2018-12-14]. Dostupné z: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/natl-ebooks/detail.action?docID=5092367>

BAYEROVÁ, Radka, 2008. *Kvalita života po operaci degenerativního onemocnění páteře*. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Renata Živorová.

CRANDALL, Dennis, 2017. *Life after spine surgery: Do people really return to work*. Sonoranspine. [online]. [cit. 201-04-07]. Dostupné z: <https://www.sonoranspine.com/article-layout/99-conditions-and-treatments/thoracolumbar-spine-mid-back-low-back-/1359-life-after-spine-surgery-do-people-really-return-to-work>

ČERMÁKOVÁ, Lenka, 2014. *Kvalita života u pacientů s degenerativním onemocněním páteře*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Monika Hošťálková.

DRAGOMERICKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. 88 s. ISBN 80-85121-8-4.

DUNGL, Pavel et al., 2014. *Ortopedie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.

FARZANEGAN, G., ALGHASI, M., & SAFARI, S. 2011. *Quality-of-Life Evaluation of Patients Undergoing Lumbar Discectomy Using Short Form 36*. *Anesthesiology and pain medicine*, 1(2), 73–76 [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4335744/pdf/aapm-01-73.pdf>

FN Motol. 2012. *Rehabilitace po operaci hrudní a bederní páteře*. [online]. [cit. 2018-11-12]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-prodospele/oddeleni-spondylochirurgicke/informacepropacienty/pooperacni-rehabilitace/rehabilitace-po-operaci-hrudni-a-bederni-patere/>

FN Motol. 2012. *Rehabilitace po operaci krční páteře*. [online]. [cit. 2018-11-12]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospELE/oddeleni-spondylochirurgicke/informacepropacienty/pooperacni-rehabilitace/rehabilitace-po-operace-krcni-patere/>

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAKL, Marek, 2017. *Bolesti zad a kloubů*, první vydání, Praha: Mladá fronta. 165 s. ISBN 978-80-204-4325-0.

HAKL, Marek, 2013. *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*, 2. dopl. vyd., Praha: Mladá fronta. 237 s. ISBN 978-80-204-2902-5.

HART, Radek, 2014. *Degenerativní onemocnění páteře*, 1. vydání, Praha: Galén. 291 s. ISBN 978-80-7492-067-7.

HOCH, Jiří, LEFFLER, Jan et al., 2011. *Speciální chirurgie*, 3. rozš. a přeprac. vyd., Praha: Maxford. 589 s. ISBN 978-80-7345-253-7.

KOLÁŘ, Pavel, 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*, 1. vydání, Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

Lepší péče. 2018. *Operace páteře*. [online]. [cit. 2018-12-02]. Dostupné z: <https://lepsipece.cz/onemocneni-patere/operace-patere/>

MLČOCH, Zbyněk, 2008. *Vertebrogenní algický syndrom*. *Medicína pro praxi*, 5 (11): 437-439. [cit. 2019-01-06]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/11/09.pdf>

NAVRÁTIL, Luděk et al., 2012. *Neurochirurgie*. Pro Lékařskou fakultu UK v Plzni. 1. vydání. Praha: Karolonum. 165 s. ISBN 978-80-246-2068-8.

NÁHLOVSKÝ, Jiří, 2008. *Chirurgická léčba degenerativního onemocnění páteře*. *Neurologie pro praxi*, 9 (3): 132-133. [cit. 2019-01-06]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2008/03/02.pdf>

NĚMEC, Filip, 2011. *Hodnocení dlouhodobých výsledků operačního léčení degenerativního postižení bederní páteře*. Disertační práce. Lékařská fakulta Masarykovy

univerzity. Ortopedická klinika Fakultní nemocnice Brno. Školitel: Doc. MUDr. Richard Chaloupka, CSc.

NÝDRL, Miroslav, 2017. *Pochopitelné texty z chirurgie, traumatologie a ortopedie*. 1. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 245 s. ISBN 978-80-7013-586-0.

OLEJÁROVÁ, Marta, 2014. *Degenerativní onemocnění páteře*. *Medicína pro praxi*, 11(2) [cit. 2018-12-02]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2014/02/03.pdf>

PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*, 1. vydání, Praha: Triton. 629 s. ISBN: 80-725-4657-0.

ŘEHULKOVÁ, Oliva, ŘEHULKA, Evžen, 2008. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. [online]. [cit.2018-11-15]. Dostupné z: http://www.prd.muni.cz/z21/knihy/2018/21/21/texty/kvalita_zivota_cze.pdf

SEIDL, Zdeněk, 2015. *Neurologie pro studium i praxi*, 2. přeprac. a dopl. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.

SEIDLOVÁ, Dagmar, ŠTOURAC, Petr et al., 2018. *Perioperační medicína nejen pro praktické lékaře*, Praha: Mladá fronta a.s. 252 s. ISBN 978-204-4857-6.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*, 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s. 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.

ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana, 2007. *Bolesti zad*. *Medicína pro praxi*, 3: 124-127. [cit. 2019-01-06]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/03/09.pdf>

TOMEK, Aleš et al., 2014. *Neurointenzivní péče*, 2. přeprac. a dopl. vydání, Praha: Mladá fronta a.s. 498 s. ISBN 978-80-204-3359-6.

VAĎUROVÁ, Helena, MUCHLPACHR, Pavel, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 143 s. ISBN 80-210-3734-7.

ZHANG, Qiong-Song. 2016. *Quality of life after lumbar spinal surgery*. [online]. Allied Academis. [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <http://www.alliedacademies.org/articles/quality-of-life-after-lumbar-spinal-surgery.html>

Seznam použitých zkratek

Atd.	a tak dále
C5-C6	krční segment páteře
C6-C7	krční segment páteře
CT	výpočetní tomografie
EKG	elektrokardiogram
Et. Al.	a kolektiv
FN	fakultní nemocnice
HRQL	health-related quality of life
L4-L5	bederní segment páteře
L4-L5-S1	bederní a křížový segment páteře
L5-S1	bederní a křížový segment páteře
MRI	magnetická rezonance
RTG	rentgenové vyšetření
SF-36	Short From 36
SEIQOL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
Tj.	to je
Tzv.	tak zvaný
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Assessment
WHOQL-BREF	zkrácená verze World Health Organization Quality of Life Assessment
%	relativní četnost

Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů	26
Graf 2: Věkové složení respondentů.....	27
Graf 3: Typ onemocnění respondentů	28
Graf 4: Kvalita života	29
Graf 5: Spokojenost se zdravím.....	30
Graf 6: Fyzická bolest.....	31
Graf 7: Potřeba léčby	32
Graf 8: Radost ze života.....	33
Graf 9: Smysl života	34
Graf 10: Schopnost soustředit se	35
Graf 11: Soběstačnost	36
Graf 12: Dostatek energie	37
Graf 13: Dostatek peněz	38
Graf 14: Pohybování se mimo domov	39
Graf 15: Spokojenost se spánkem.....	40
Graf 16: Vykonávání každodenních aktivit	41
Graf 17: Schopnost pracovat.....	42
Graf 18: Spokojenost sám/a se sebou	43
Graf 19: Negativní pocity	44

Seznam příloh

Příloha číslo 1 – Dotazník

Příloha číslo 2 - Souhlas s dotazníkovým šetřením ve Fakultní nemocnici Brno

Příloha 1 - Dotazník k bakalářské práci

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Natálie Hvězdová a jsem studentkou Vysoké školy Polytechnické v Jihlavě. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „Kvalita života po operaci páteře“ se zaměřením na degenerativní onemocnění. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a získané výsledky budou sloužit pouze pro zpracování bakalářské práce. Správné odpovědi zakroužkujte. Děkuji za ochotu při spolupráci.

1. Jsem:

a.) Muž

b.) Žena

2. Kolik je vám let?

a.) 0 – 30 let

b.) 31 – 40 let

c.) 41 – 50 let

d.) 51 – 60 let

e.) 61 – 70 let

f.) Nad 70 let

3. S jakým typem onemocnění páteře jste byl/a na operaci?

a.) Herniace meziobratlového disku (výhřez ploténky)

b.) Stenóza páteře (zúžení páteře)

c.) Syndrom caudae equinae (syndrom kaudy)

d.) Spondylolistéza (posun obratlů proti sobě)

e.) Osteochondróza s osteofyty

f.) Jiné – doplňte

Následující část dotazníku je formě dotazníku. Nejvíc se hodící odpovědi zakroužkujte u stavu před operací i po operaci.

4. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?					
Stav před operací	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
Stav po operaci	Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá

5. Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?					
Stav před operací	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Stav po operaci	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře

6. Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?					
Stav před operací	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Stav po operaci	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře

7. Jak moc vás baví život?					
Stav před operací	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Stav po operaci	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře

8. Do jaké míry má Váš život podle vás smysl?					
Stav před operací	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Stav po operaci	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře

9. Jak dobře jste schopni/a se soustředit na běžné aktivity v životě?					
Stav před operací	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Stav po operaci	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře

10. Jak soběstačný/á se cítíte ve svém každodenním životě?					
Stav před operací	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
Stav po operaci	Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře

11. Máte dost energie pro běžný život?					
Stav před operací	Vůbec ne	Málo	Přiměřeně	Většinou	Naprosto
Stav po operaci	Vůbec ne	Málo	Přiměřeně	Většinou	Naprosto

12. Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?					
Stav před operací	Vůbec ne	Málo	Přiměřeně	Většinou	Naprosto
Stav po operaci	Vůbec ne	Málo	Přiměřeně	Většinou	Naprosto

13. Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?					
Stav před operací	Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
Stav po operaci	Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře

14. Jak spokojený/a jste se svým spánkem?					
Stav před operací	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Stav po operaci	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á

15. Jak spokojený/a jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?					
Stav před operací	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Stav po operaci	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á

16. Jak spokojený/a jste se svou schopností pracovat?					
Stav před operací	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Stav po operaci	Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á

17. Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?					
Stav před operací	Velmi nespokojený/á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
Stav po operaci	Velmi nespokojený/á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á

18. Jak často máte negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?					
Stav před operací	Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	Stále
Stav po operaci	Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	Stále

19. Jak často máte negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?					
Stav před operací	Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	Stále
Stav po operaci	Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	Stále

Příloha 2 – Souhlas s dotazníkovým šetřením ve Fakultní nemocnici Brno



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH
VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)

Vedoucí útvaru:
JUDr. Alena Tobiášová, MBA
tel.: 532 232 108, fax: 532 232 293
e-mail: tobiasova.alena@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY
v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Natálie Hvězdová

Datum narození: 02.02.1997 Telefon: 605712461 E-mail: nathvezd@gmail.com

Adresa trvalého bydliště: Budišov 266, 675 03

Presný název školy/fakulty: Vysoká škola Polytechnická Jihlava

Obor studia: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční kombinovaná

Téma závěrečné práce: Kvalita života po operaci páteře

Účel žádosti:

- sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce
 sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce
 sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

- ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: NE
(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a předem má souhlas konkrétního pracoviště, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlázení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlázení do zdr. dokumentace“.

- Dotazníková akce** pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: 100

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: prosinec 2018 do: březen 2019

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: Ambulance Neurochirurgické kliniky, Ambulance Ortopedické kliniky

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

Nahlázení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet:

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od do

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů:

Přesná specifikace co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci:

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: z kterého pracoviště:

vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:

z kterého pracoviště:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek)!

Vysoká škola polytechnická Jihlava

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích
 jiné (specifikujte):

Za které období budou data zjišťována:

Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: do:

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:

Přesná specifikace co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení: Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

a) **elektronicky** (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: Kostovova.Jarmila@fnbrno.cz

b) **nebo v listinné formě** (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:
Fakultní nemocnice Brno
Oddělení organizace řízení – Jarmila Kostovová
Jihlavská 20,
625 00 Brno

Datum:

Podpis:

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Oddor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 14-11-2018 pod číslem: 2018/140 POK/FN BRNO - 1602

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas - útvar: DTG - NCHK ambulance, DTG - Otk ambulance

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 14-11-2018

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: útvaru: na pozici:

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru:

V Brně dne 14-11-2018
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
Kostovová (8)

referent/vedoucí OOR

Oddor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou nesouhlas žadatele s placenou službou,
požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Žádost uzavřena dne: 15-11-2018
podpis vedoucího/referenta OOR